

包括的支援マネジメントにおける
多職種連携促進のための調査

<事業要旨>

事業目的

近年、我が国においても精神障害者の地域生活を可能とする具体的な支援システムの構築が進められているところであり、医療や福祉等の各サービスを地域の関係機関・関係者が連携・協働して提供する際の具体的な方策として、「包括的支援マネジメント」が推進されている。この包括的支援マネジメントの実践に当たっては、現行制度上は、医師の指示の下に、看護師、精神保健福祉士等が主たる担当者としてケースマネジメントを実践することが想定されている。しかし、公認心理師や作業療法士が主担当者あるいは多職種チームの一員としてケースマネジメントを実践することにより、さらなる支援の質の向上が期待できる。

そこで、本事業では、公認心理師や作業療法士が包括的支援マネジメントに参画している事例を収集し、その事例に基づき両職種の役割を整理するとともに両職種が参画することによる効果を整理した。加えて、両職種の包括的支援マネジメントへの参画を促進するためのハンドブックを作成した。

事業実施内容

①検討委員会とワーキング・グループの開催

有識者や各職種実務家等から構成される検討委員会を設置し、調査設計、調査結果の解釈、成果物等について協議を実施した。また、各職種の実務家等から構成されるワーキング・グループを設置し、主にハンドブックの検討や執筆を行った。

②ヒアリング調査の実施

包括的支援マネジメントにおける公認心理師や作業療法士の関わり方や役割、参画の効果、両職種の参画が望まれる患者像、そして課題や求められる支援策等を把握するためヒアリング調査を実施した。

③アンケート調査の実施

アンケート調査は、「施設票」「個票」「他職種票」の3調査を実施した。このうち「個票」は、包括的支援マネジメントに公認心理師または作業療法士が参画したケースについて、その効果を後方視的に把握することを目的として実施した。また、「他職種票」は包括的支援マネジメントに公認心理師や作業療法士が参画することについて、他職種から見た評価や他職種への影響を把握することを目的として実施した。

調査結果と提言

収集した事例に基づき、公認心理師や作業療法士の参画の経緯、参画が望まれる患者像、包括的支援マネジメントを構成する各業務(関係構築、アセスメント、支援計画作成、直接支援、院内外との連携、アウトリーチ)における両職種の具体的な役割を明らかにし、加えて多職種チームにおける両職種の位置づけの類型化を試みた。また、両職種の参画の効果を、定性・定量の両面から整理した。その上で、包括的支援マネジメントをはじめとしたケースマネジメントや多職種協働に関心を寄せている公認心理師や作業療法士に加え、公認心理師や作業療法士の包括的支援マネジメント・多職種チームへの参画の必要性を感じている他職種や地域の支援者を主たる想定読者としたハンドブックを作成した。ハンドブックは、ケースマネジメントに関する基礎知識、包括的支援マネジメントを実践する際に直面しやすい課題に関する Q&A、そして実践事例集から構成した。

包括的支援マネジメントにおける基本機能・付加的機能に対して、公認心理師・作業療法士ともに中心的あるいは補助的な役割を担い得る可能性が見出されたが、今後、公認心理師や作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画を促進するために、両職種がアウトリーチをはじめとした院外活動を行うことや包括的支援マネジメントの主たる担当者となることに対する診療報酬による評価を検討すること、また、より規模を拡大して公認心理師や作業療法士のケースマネジメントの実践状況等の実態を調査することが望まれる。

目次

第1章 事業概要	1
1 事業の背景と目的	2
2 事業実施方法	4
(1) 事業実施の流れ	4
(2) 各調査の実施概要	5
3 事業実施体制	8
(1) 検討委員会とワーキング・グループ等の構成	8
(2) 会議開催概要	10
第2章 公認心理師に関する調査結果	11
1 ヒアリング調査結果	12
(1) 調査対象の概要	12
(2) ヒアリング調査の整理結果	14
2 アンケート調査結果	30
(1) 施設票の調査結果	30
(2) 個票の調査結果	33
(3) 他職種票の調査結果	49
第3章 作業療法士に関する調査結果	53
1 ヒアリング調査結果	54
(1) 調査対象の概要	54
(2) ヒアリング調査の整理結果	56
2 アンケート調査結果	70
(1) 施設票の調査結果	70
(2) 個票の調査結果	73
(3) 他職種票の調査結果	89
第4章 まとめと提言	93
1 調査結果のまとめ	94
(1) 公認心理師・作業療法士の参画経緯	94
(2) 公認心理師・作業療法士の参画が望まれる患者像	96
(3) 公認心理師・作業療法士の役割	100
(4) 公認心理師・作業療法士の参画効果	108
(5) 求められる支援策	110
2 包括的支援マネジメントへの多職種の参画促進に向けて	111
(1) 公認心理師と作業療法士の参画を促進する制度的環境の整備の必要性	111
(2) 公認心理師・作業療法士の参画事例の発信の必要性	112
(3) 継続的な調査研究の必要性	112

第5章 資料編.....	113
1 ヒアリング調査.....	114
(1) ヒアリングシート.....	114
(2) 事例個票.....	119
2 アンケート調査票(公認心理師向け).....	150
(1) 施設票.....	150
(2) 個票.....	152
(3) 他職種票.....	158
3 アンケート調査票(作業療法士向け).....	159
(1) 施設票.....	159
(2) 個票.....	161
(3) 他職種票.....	167

※「公認心理師・作業療法士のための包括的支援マネジメント実践ハンドブック」は、別冊としています。

<謝辞>

本調査研究の実施に当たっては、多数の医療機関における様々な職種の皆様にご協力を頂きました。調査にご協力を頂いた皆様には、この場をお借りして深く御礼申し上げます。ありがとうございました。



第1章 事業概要

1 事業の背景と目的

近年、我が国においても精神障害者の地域生活を可能とする具体的な支援システムの構築が進められているところである。そのような中、厚生労働省の「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」の報告書(令和4年6月)においては、医療や福祉等の各サービスを地域の関係機関・関係者が連携・協働して提供する際の具体的な方策として、「包括的支援マネジメント」の推進が掲げられた。そして、令和6年度の診療報酬改定においては、外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価が見直されたところである。

包括的支援マネジメントとは、様々な社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法とされる¹。そして、多職種によるアセスメント、支援計画の作成、介入(マネジメント担当者自身による直接サービスの提供)を包括した、集中的なケースマネジメントを実施するものである。

包括的支援マネジメントの実践に当たって参画が想定される職種として、診療報酬制度上は、医師の指示の下に、保健師、看護師、精神保健福祉士が挙げられている。一方、包括的支援マネジメント実践ガイドにおいては、特に精神保健福祉士への期待が高いものの、公認心理師や作業療法士なども挙げられており、いわゆる「生物・心理・社会モデル」の観点から関係職種が協働することで、さらなる支援の質の向上が期待できると考えられる。

例えば、公認心理師は、アセスメントにおいて、患者の現状の問題に焦点を当てて客観的な情報を収集することに加え、親子関係や過去の経験などを含めて話を聞き、なぜその問題が発生しそれが現在も継続しているのかを、パーソナリティや対人関係のパターン、認知の傾向等から理解していく。また、作業療法士は、日常生活動作のほか、余暇活動なども含めた患者の生活全般を活性化させていくために「作業」の視点からアプローチをしていく。こうした公認心理師や作業療法士が参画することで、患者を包括的に理解することにつながり、より適切な支援計画や介入につながることを期待される。

このように、公認心理師をはじめとした職種が関与することで、包括的支援マネジメントの一層の質の向上が期待されるところであるが、公認心理師や作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画の実態は把握されておらず、また、両職種が包括的支援マネジメントに参画することによる効果も明らかとなっていない。そのため、公認心理師や作業療法士が参画している包括的支援マネジメントの実践例に基づきながら各職種の役割や効果を整理するとともに、公認心理師と作業療法士の参画を促進するために、包括的支援マネジメント実践ガイドに基づきながら、新たなツールを作成することが必要と考えられる。

そこで、以下の4点を主たる目的として、本調査研究事業を実施する。

【本調査事業の目的】

- ① 公認心理師や作業療法士が包括的支援マネジメントに参画している実践事例の整理
- ② 公認心理師や作業療法士が包括的支援マネジメントにおいて果たしている役割の整理
- ③ 公認心理師や作業療法士が包括的支援マネジメントに参画することによる効果の検証
- ④ 公認心理師や作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画を促進するためのツールの作成

¹ 包括的支援マネジメント実践ガイド(平成28年度 厚生労働省行政推進調査事業 障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究)

※本報告書における用語の定義

【ケースマネジメント】

利用者の健康的・心理社会的な目標の達成のために、利用者に必要な支援サービスを調整・統合することを指す。具体的には、インテークに始まり、アセスメント、プランニング、支援の提供、モニタリング、評価から構成されるマネジメントサイクルを回していくプロセスのこと。

【包括的支援マネジメント】

様々な社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入(マネジメント担当者自身による直接サービスの提供)を包括した集中的なケースマネジメントのこと。

本調査研究事業では、後述する検討委員会での議論を踏まえ、ケースマネジメントの各段階(アセスメント、プランニング、支援の提供等)において公認心理師・作業療法士を含む多職種が協働していることを念頭に、下記のとおり5つの必須条件、4つの歓迎条件、3つの除外基準を定めた。

最も集中的に患者に支援を行った期間において、公認心理師・作業療法士が、他職種と連携しながら、以下の条件を満たす支援を行っていることを要件とする。

<必須条件>

- ① 包括的支援マネジメント導入基準に1項目以上該当する患者を、外来または地域で支援している
- ② アセスメントと支援計画の策定(立案)を他職種と協働して行っている
- ③ カンファレンスやケア会議等を通じて、情報を共有している
- ④ 院外の関係機関との連絡調整・情報共有に直接的・間接的に関わっている
- ⑤ 患者への直接サービスを提供している(例:日常生活の自立支援、対人関係の維持・構築の援助、就労・就学の支援、服薬・症状の自己管理の援助、家族支援、危機介入など)

<歓迎条件>

- ① アウトリーチを行っている(例:自宅へ訪問しての支援、福祉サービスの見学や社会活動への参加の同行、就労先での支援、受診同行等)
- ② ケースマネジャーを務めている
- ③ 包括的支援マネジメント導入基準に3項目以上該当する患者を、外来または地域で支援している
- ④ 「包括的支援マネジメント実践ガイド」のツール(アセスメント、支援計画、クライシスプラン等)を使用している

<除外基準>

- ① 公認心理師や作業療法士が介入を開始した時点で患者が入院している事例
- ② 公認心理師や作業療法士が介入を開始した1年後時点で患者が入院している事例
- ③ 特定の治療・検査のために外来にて行った多職種連携の事例

【公認心理師と作業療法士の表記】

医療現場で心理に関わる支援を実施されている公認心理師等の心理職を総称して「公認心理師」と表記する。また、公認心理師を「CPP」、作業療法士を「OT」と略記することがある。

2 事業実施方法

(1) 事業実施の流れ

事業全体の流れは以下の図表のとおりである。

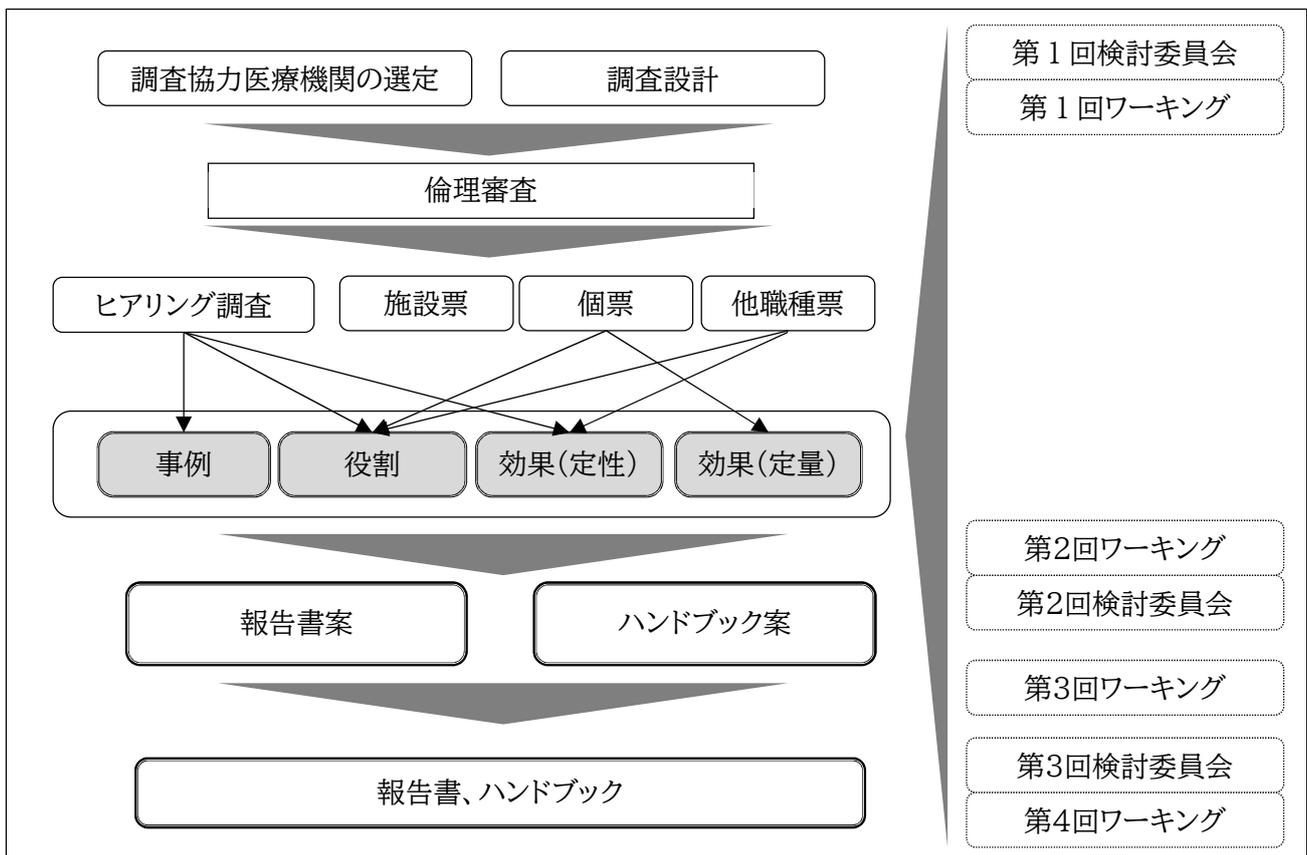
第1回検討委員会と第1回ワーキング・グループでの議論を踏まえて調査設計を行うと同時に、調査協力医療機関を選定した。その上で三井記念病院医療倫理委員会の審査を経て、ヒアリング調査とアンケート調査（施設票、個票、他職種票）を実施した。

各調査結果を踏まえ、公認心理師や作業療法士が包括的支援マネジメントに参画している実践事例を整理するとともに、公認心理師や作業療法士が包括的支援マネジメントにおいて果たしている役割を整理した。

また、公認心理師や作業療法士が包括的支援マネジメントに参画することによる効果を、定量的・定性的に把握した。これらの調査結果については、本報告書に掲載している。

さらに調査結果を基に、公認心理師や作業療法士の包括的支援マネジメントへの参加を促進するためのハンドブックを作成した。ハンドブックは、ワーキング・グループの委員と事務局で分担して執筆し、十分に議論し検討を重ねた上で、委員会での承認を得、さらに事務局で最終編集を行い完成させたものとなっている。

図表 1-1 事業実施の流れ



(2) 各調査の実施概要

① ヒアリング調査の実施概要

調査目的	<ul style="list-style-type: none"> 公認心理師・作業療法士が包括的支援マネジメントに参画している事例を収集し、事例に基づき、公認心理師・作業療法士の関わり方や役割、参画の効果を整理する。具体的には、参画ケースにおける患者概要、支援体制、公認心理師・作業療法士の取組内容、転帰や効果を把握する。 公認心理師・作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画を促進することを目的としたハンドブックを作成するために、そのニーズを把握する。具体的には、両職種の包括的支援マネジメント参画が望まれる患者像、参画における課題、参画を促進するために求められる支援策等を把握する。 	
調査対象	<ul style="list-style-type: none"> 本調査研究事業における包括的支援マネジメントの必須条件・歓迎条件・除外基準を満たす事例の提供が可能な医療機関を、検討委員会及びワーキング・グループの委員より推薦いただいた。 必要に応じて事前に必須要件への合致の程度や提供可能な事例数等を事務局より候補医療機関に電話確認し、調査対象機関を選定し協力を依頼した。 ヒアリング調査の協力医療機関は全 16 機関となった。内訳は、公認心理師 10 機関(総合病院2、精神科病院 2、クリニック6)、作業療法士 6 機関(精神科病院3、クリニック3)だった。 事例数は、公認心理師の事例が 20 事例(うち主担当 16 事例)、作業療法士の事例が11事例(うち主担当 5 事例)だった。 	
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 調査対象者には、事前にヒアリングシートを送付し、事前確認及びフェイスシートの記入を依頼した。なお、フェイスシートについては事前の返送を依頼した。 実査はオンライン(zoom)で実施した。 ヒアリングは 1 件当たり 90 分～120 分程度実施した。 	
実施期間	2024 年 10 月 28 日(月)～2024 年 12 月 10 日(火)	
調査項目	1. フェイスシート	<ul style="list-style-type: none"> ①調査協力者の概要(性別、年代、所属、主な業務内容、経験年数等) ②医療機関の概要(外来患者傾向、CPP・OT が関与する患者の傾向)
	2. 包括的支援マネジメントの事例	①患者概要(性別、年代、診断・状態像、ICMSS、生活環境・課題)
		②支援体制(経緯、チーム構成、支援目的、支援実施期間)
		③取組内容(チームの取組内容、CPP・OT の取組内容、チーム運営)
		④支援効果(転帰、CPP・OT の参画効果)
	3. ツール作成に向けたニーズ把握	<ul style="list-style-type: none"> ①CPP・OT の参画が期待される患者像 ②CPP・OT が参画する際の組織体制上の工夫 ③CPP・OT の参画における課題・障壁 ④包括的支援マネジメントの質の向上に向けた課題と必要な対策
整理・分析方法	<ul style="list-style-type: none"> 調査対象者の許可を得て回答を録音した上で調査項目に沿って記録を作成し、さらに意味内容に基づいて要約的なコードを作成して事例個票として整理した(資料編に掲載)。 ヒアリング調査項目のうち、一部の項目については、事例個票に掲載されている要約的コードの類似性に基づいて分類し中項目を作成し、さらに中項目同士の類似性に基づき大項目を作成した。中項目については必要に応じて意見数をカウントした。 	

② アンケート調査の実施概要

a) 3つのアンケート調査の概要

	施設票	個票	他職種票
調査目的	調査対象医療機関の基本情報（機関種別、職員数、外来患者数等）を把握することを目的として実施。	包括的支援マネジメントに公認心理師または作業療法士が参画したケースについて、その効果を後方視的に把握することを目的として実施。	包括的支援マネジメントに公認心理師や作業療法士が参画することについて、他職種から見た評価や他職種への影響を把握することを目的として実施。
調査対象	<ul style="list-style-type: none"> 本調査研究事業における包括的支援マネジメントの必須条件・歓迎条件・除外基準を満たす事例の提供が可能な医療機関を、検討委員会及びワーキング・グループの委員より推薦いただいた。必要に応じて事前に必須条件への合致の程度や提供可能な事例数等を事務局より候補医療機関に電話確認し、調査対象機関を選定し協力を依頼した。 基本的には、ヒアリング調査にご協力いただいた医療機関に、アンケート調査の協力を依頼した。一部、アンケート調査にのみご協力いただいた医療機関もある。 		
	公認心理師 11 医療機関 作業療法士 6 医療機関	公認心理師 10 医療機関 作業療法士 6 医療機関	公認心理師 9 医療機関 作業療法士 5 医療機関
	※調査対象機関数がそのまま回答機関数となっている。		
実施方法	エクセルで作成した調査票をメールで配布しメールで回収した。		
実施期間	2024年10月～12月	2024年11月～12月	2024年10月～12月
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ① 施設概要（機関種別、法人の事業・部門、地域連携担当部署、病床数、職員数） ② 患者数（外来患者数、公認心理師・作業療法士関与患者数、加算算定患者数） 	<ul style="list-style-type: none"> ① 患者情報（年齢、性別、手帳の有無、生活保護の有無、診断・課題、ICMSS、CGI-S等） ② 支援体制（チームの職種、協働の形式等） ③ ケースマネジメント（公認心理師・作業療法士の役割、各業務への関与の程度等） ④ 直接支援（内容、頻度、時間） ⑤ 効果（GAF、CGI-I、入院回数等） ⑥ 支援の転帰 	<ul style="list-style-type: none"> ① 回答者の職種 ② 公認心理師・作業療法士が包括的支援マネジメントに参画することに対する評価 ③ 公認心理師・作業療法士の参画効果（自由記述）

※調査項目の詳細は、資料編の調査票を参照。

b) 個票における後方視的調査の設計

個票は、後方視的な調査を実施するため、先述の包括的支援マネジメントの定義に合致することに加え、以下の要件を設定した。

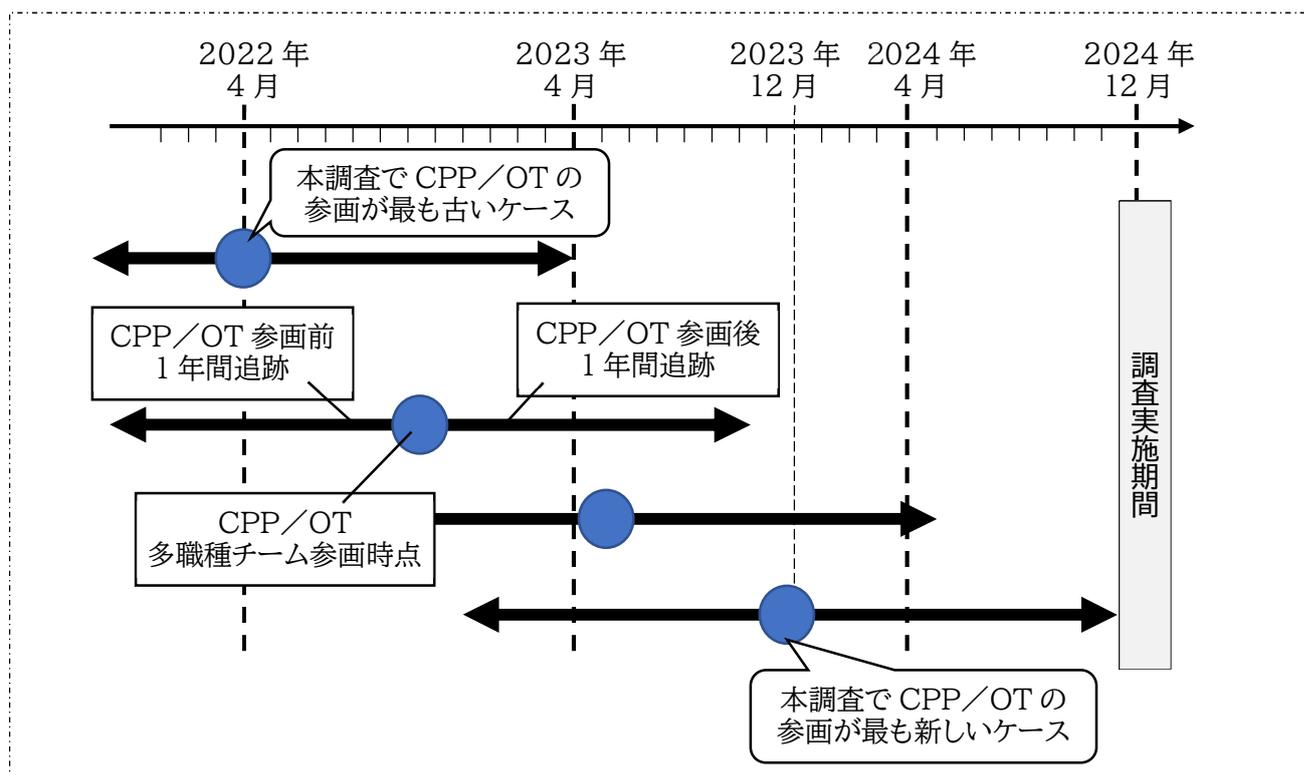
- 2022年4月から2023年12月の間に、公認心理師または作業療法士が多職種チームに参画し支援を開始したケースであること
- 参画前後1年間、患者の状態の変化を追跡できるケースであること(参画前1年間を遡って回答いただいた設問は、一部に限られる(例:入院回数、入院日数))

以上の期間設定に合致するケースについて、公認心理師または作業療法士の参画開始が新しいものから順番に5件回答いただくよう依頼した。

したがって、公認心理師・作業療法士の多職種チーム参画を起点とすると、2023年12月に参画し、支援を開始したケースが最も新しく、2022年4月に参画し、支援を開始したケースが最も古くなる。

なお、公認心理師と作業療法士のそれぞれの参画効果を測定するため、両職種が一緒に包括的支援マネジメントの多職種チームに参画しているケースは、効果測定調査の対象外とした。

図表 1-2 個票の後方視的調査のイメージ



3 事業実施体制

本調査研究事業では、有識者や各職種実務家等から構成される検討委員会を設置し、検討委員会の助言・協議内容を踏まえ、調査設計、調査結果の解釈、成果物の作成等を進めた。また、各職種の実務家等から構成されるワーキング・グループを設置し、主にハンドブックの検討や執筆を行った。加えて、事業アドバイザーにご協力をいただき、調査設計、調査手法、調査結果の解釈、成果物の作成等についてご助言をいただいた。

具体的な検討委員会、ワーキング・グループ、事業アドバイザー等の構成は以下のとおりである。

(1) 検討委員会とワーキング・グループ等の構成

① 検討委員会

氏名	職種	立場	所属
今村 扶美	CPP	実務家	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 臨床心理部臨床心理室 室長
小林 清香	CPP	日本総合病院精神医学会	埼玉医科大学医学部 総合医療センター 神経精神科 准教授
佐藤 さやか	CPP	公認心理師の会	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 臨床援助技術研究室長
三溝 園子	PSW	公益社団法人日本精神 保健福祉士協会	昭和大学附属烏山病院
瀬戸屋 希	Ns	学識者	聖路加国際大学大学院看護学研究科 精神看護学 教授
野村 れいか	CPP	日本心理臨床学会	九州大学大学院 人間環境学研究院 人間科学部門 臨床心理学講座 講師
花村 温子	CPP	日本公認心理師協会	独立行政法人 地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター心理療法室
東 健太郎	CPP	実務家	医療法人社団 草思会 錦糸町クボタクリニック
前沢 孝通	Dr	公益社団法人日本精神 科病院協会	医療法人 孝栄会 前沢病院 理事長・院長
村井 千賀	OT	一般社団法人 日本作 業療法士協会	石川県立こころの病院 認知症疾患医療センター 副センター長
山口 創生	PSW	学識者	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 精神保健サービス評価研究室長

② ワーキング・グループ

氏名	職種	所属
川口 敬之	OT	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 研究員
菊入 恵一	OT	医療法人崇徳会 田宮病院 地域支援事業部 副部長
小林 清香	CPP	埼玉医科大学医学部 総合医療センター 神経精神科 准教授
佐藤 さやか	CPP	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 臨床援助技術研究室長
三溝 園子	PSW	昭和大学附属烏山病院

中村菜々子	CPP	中央大学 文学部 心理学専攻 教授
満田 大	CPP	三井記念病院 精神科

③ 事業アドバイザー

氏名	所属
藤井 千代	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 部長

④ 厚生労働省

氏名	所属
竹之内 秀吉	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 公認心理師制度推進室長
前野 良隆	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 公認心理師制度推進室長補佐
塩崎 敬之	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 地域移行支援専門官
内田 舞	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 公認心理師制度専門官
岡本 秀行	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 権利擁護支援専門官
西川 浩司	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 相談支援専門官
東 朋貴	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 公認心理師制度推進室 資格・試験係長
清水 俊来	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 主査

⑤ 事務局

氏名	所属
藤好 善久	株式会社浜銀総合研究所 地域戦略研究部 主任研究員
加藤 善崇	株式会社浜銀総合研究所 地域戦略研究部 副主任研究員
遠山 夏子	株式会社浜銀総合研究所 地域戦略研究部 研究員

(2) 会議開催概要

① 検討委員会

	開催日時・開催方法	主な議事内容
第1回	2024年8月14日(水) 9:00~11:00 オンライン会議	<ul style="list-style-type: none">本事業における調査対象事例の要件ヒアリング調査の設計アンケート調査の設計
第2回	2025年1月31日(金) 17:00~19:00 オンライン会議	<ul style="list-style-type: none">ヒアリング調査結果についてアンケート調査結果についてハンドブックの作成状況のご報告
第3回	2025年3月12日(水) 10:00~12:00 オンライン会議	<ul style="list-style-type: none">調査結果のまとめについてハンドブックの作成状況について

※第1回と第3回はワーキング・グループと合同開催。

② ワーキング・グループ

	開催日時・開催方法	主な議事内容
第1回	2024年8月14日(水) 9:00~11:00 オンライン会議	<ul style="list-style-type: none">本事業における調査対象事例の要件ヒアリング調査の設計アンケート調査の設計
第2回	2024年12月18日(水) 10:00~12:00 オンライン会議	<ul style="list-style-type: none">ハンドブックの概要及び構成案についてハンドブックのコンテンツに関する調査結果速報✓ 公認心理師・作業療法士の参画が期待される患者像✓ 公認心理師・作業療法士に期待される役割について✓ 公認心理師・作業療法士が参画する上での課題
第3回	2025年2月19日(水) 10:00~12:00 オンライン会議	<ul style="list-style-type: none">ハンドブックの作成状況について✓ ハンドブックの冒頭から順に作成状況を共有✓ 章・節ごとに立ち止まり各委員から執筆担当パートの説明を頂きながら全体で意見交換を実施
第4回	2025年3月12日(水) 10:00~12:00 オンライン会議	<ul style="list-style-type: none">調査結果のまとめについてハンドブックの作成状況について

※第1回と第4回は検討委員会と合同開催。

第2章 公認心理師に関する調査結果

1 ヒアリング調査結果

本節では、公認心理師に対して実施したヒアリング調査の結果を掲載する。まず、調査対象の概要として、医療機関やインタビュー、収集した事例の概要について整理する。その上で、収集した事例について、次の視点から整理した結果を掲載する。すなわち、「公認心理師が包括的支援マネジメントに参画した経緯」、「包括的支援マネジメントにおける公認心理師の取組内容(関係構築、アセスメント、支援計画、直接支援、院内外との連携、アウトリーチ)」、「公認心理師の参画効果」である。各事例を個別に整理した結果については、資料編の事例個票を参照いただきたい。最後に、ハンドブック作成に向けたニーズ調査として実施したヒアリングの結果について、公認心理師の参画が望まれる患者像、公認心理師の参画のための組織上の工夫、そして公認心理師が参画する上での課題と望まれる支援策を整理する。

(1) 調査対象の概要

a) 医療機関及びインタビューの概要

公認心理師に対するヒアリング調査への協力医療機関は全部で 10 機関であった。内訳は、総合病院が 2 件、精神科病院が 2 件、クリニックが 6 件であった。

インタビューの概要は以下の図表のとおりである。一部の医療機関については、公認心理師以外の職種の方にも同席いただき、ご意見を伺った。

図表 2-1 インタビューの概要

		(単位:人)	
		インタビュー全体	うち公認心理師
性別	女性	8	6
	男性	8	7
職種	公認心理師(公認心理師又は臨床心理士)	11	11
	公認心理師と精神保健福祉士のダブルライセンス	2	2
	精神保健福祉士	2	0
	作業療法士	1	0
配属部門	地域連携室・医療福祉相談室等	5	4
	デイケア科	4	2
	心理療科・臨床心理室	2	2
	外来	1	1
	訪問看護ステーション	1	1
	無回答	3	3
精神科経験年数	0～9年	3	2
	10～19年	3	3
	20年以上	10	8
多職種連携経験年数	0～9年	4	3
	10～19年	5	5
	20～30年	7	5

b) 事例の概要

全 20 事例の内訳は、公認心理師が「主担当」の事例が 16 件、「チーム構成員」の事例が 4 件となっている。患者の性別は「女性」が 10 件、「男性」が 10 件となっている。また、患者の年代は、「30 歳代」の事例が最も多く 6 件、次いで「40 歳代」が 5 件、「20 歳代」が 4 件となっている。「10 歳代」や「80 歳代」も 1 件ずつとなっている。

図表 2-2 事例の概要

		件数	割合 n=20
公認心理師の立ち位置	主担当	16	80.0%
	チーム構成員	4	20.0%
患者の性別	女性	10	50.0%
	男性	10	50.0%
患者の年代	10歳代	1	5.0%
	20歳代	4	20.0%
	30歳代	6	30.0%
	40歳代	5	25.0%
	50歳代	3	15.0%
	60歳代	0	0.0%
	70歳代	0	0.0%
	80歳代	1	5.0%

全 20 事例の患者の ICMSS は、「6 か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある」の件数が最も多く 18 件、次いで「自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)」が 17 件、「自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」が 12 件となっている。

図表 2-3 事例の患者の ICMSS

	件数	割合 n=20
6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある	18	90.0%
自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)	17	85.0%
家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	5	25.0%
行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	1	5.0%
自傷や自殺を企てたことがある	9	45.0%
家族への暴力、暴言、拒絶がある	7	35.0%
警察・保健所介入歴がある	5	25.0%
定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	6	30.0%
外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	6	30.0%
自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	12	60.0%
直近の入院は措置入院である	2	10.0%
日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	8	40.0%
家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	3	15.0%
支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	6	30.0%
同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)	9	45.0%

(2) ヒアリング調査の整理結果

① 公認心理師が包括的支援マネジメントに参画した経緯について

公認心理師が多職種チームによる包括的支援マネジメントに参画した経緯を整理すると、下記の図表のように整理できる。

大項目「アセスメントの必要性」については、「他職種・地域の支援者にアセスメント結果を説明する必要性」等が挙がっていた。また、大項目「患者との関係性」においては、「支援者と患者の関係構築・維持の必要性」や「公認心理師と患者に継続的な関係性が既にあった」が比較的多く挙がっていた。そして大項目「対応が求められていた課題」については、事例により様々な課題があり体系的な整理が困難ではあるものの、「家族への支援や家族関係を踏まえた対応の必要性」、「発達支援の必要性」、「強迫症への介入」、「心理教育(障害受容・疾病理解)の必要性」、「周産期の患者で精神科の既往歴・現病歴のある人」、「生活支援の必要性」といった事例があった。大項目としてその他に、「支援アプローチの見直しや導入」をきっかけとしている事例や、「他職種・他機関から公認心理師の参画相談」があった事例が挙がっていた。

なお、ヒアリングで取り上げられた事例では、参画の経緯としてこれらの項目が複数組み合わせられていた。

図表 2-4 公認心理師の包括的支援マネジメントへの参画経緯

大項目	中項目	件数
アセスメントの必要性	他職種・地域の支援者にアセスメント結果を説明する必要性	2
	情緒・行動上の問題やコミュニケーションの問題へのアセスメント	1
	問題行動の解決のためアセスメント	1
	心理検査の必要性	1
患者との関係性	支援者と患者の関係構築・維持の必要性	4
	公認心理師と患者に継続的な関係性が既にあった	4
	患者と深い関係を構築することへの期待	1
	患者が公認心理師の参画を希望	1
対応が求められていた課題	家族への支援や家族関係を踏まえた対応の必要性	4
	発達支援の必要性	2
	強迫症への介入	2
	心理教育(障害受容・疾病理解)の必要性	2
	周産期の患者で精神科の既往歴・現病歴のある人	2
	生活支援の必要性	2
	中長期的なトラウマトリートメントの必要性	1
	対人関係の構築能力への支援	1
	障害福祉サービスの利用等の相談	1
	グループホーム入所や就労に向けた支援	1
	外出支援	1
	服薬管理	1
支援アプローチの見直しや導入	デイケアの利用開始	2
	日常生活への支援・家族支援・心理社会的問題への包括的なアプローチの開始	1
	就労支援の開始	1
	ACT※の利用開始	1
	カウンセリングでの支援の開始	1
他職種・他機関から公認心理師の参画相談	提携先の産婦人科より相談	1
	養護施設より公認心理師へ直接連絡	1

※ACT: Assertive Community Treatment の略。以下同様。

② 包括的支援マネジメントにおける公認心理師の取組内容について

a) 関係構築における公認心理師の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、関係構築における公認心理師の取組内容を整理すると、下記の図表のように整理できる。

大項目としては、「支援の窓口・他支援者と患者の間を取り持つ」、「患者理解を深める」、「他職種と分担した関係づくり」、そして「様々な要支援者との関係構築」が挙げられる。

中項目として多くの意見が挙がっていたのは、「患者との関係づくりのポイントを他職種と共有」すること、「患者と医療や支援をつなぐ窓口」となること、そして「患者の人となりの理解」や「患者の背景・葛藤を掘り下げ本当に支援が必要な課題を顕在化する」、「患者が話しやすい環境を探る」が挙げられる。その他にも、患者との関係構築のみでなく、「家族との関係構築や家族関係の把握」も実施している。

このように、公認心理師は、患者が話しやすい環境を整えた上で患者の人となりを理解することから始め、徐々に患者の主訴の背景にある課題や葛藤を理解していき信頼関係を構築している。その信頼関係を起点として、患者が医療とつながる際の窓口となったり、他の支援者が患者と関係性を築いたりしていくための調整役となっていると考えられる。

図表 2-5 関係構築における公認心理師の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
支援の窓口・他支援者と患者の間を取り持つ	患者との関係づくりのポイントを他職種と共有	<ul style="list-style-type: none"> 多職種チームを分断するような患者の行動について、事前に他職種と情報共有。 障害特性や対処法について具体例を交えて説明し、関係者の関係構築を後押し。 	8
	患者と医療や支援をつなぐ窓口	<ul style="list-style-type: none"> 公認心理師が医療の窓口としてラポール形成。 患者が関係者につながる前に、まず公認心理師自身が患者としっかりつながる。 	6
	支援を受けることに対する動機づけを高める	<ul style="list-style-type: none"> 対話を通じて通院目的の落としどころを明確化し患者に伝える。 	2
	従前からの中長期的な関係性を生かす	<ul style="list-style-type: none"> 患者との関わりが長く、支援開始当初からの経緯を熟知していた。 	2
患者理解を深める	患者の人となりの理解	<ul style="list-style-type: none"> 患者の好きなことや職歴から人となりを理解し、それに合わせた声かけを意識的に実施。 最初から治療の話ではなく患者を理解するための話をした。 	5
	患者の背景・葛藤を掘り下げ本当に支援が必要な課題を顕在化する	<ul style="list-style-type: none"> 表現している怒り・不安の背景にどういった困り事があるかを理解するようコミュニケーションを取り信頼関係を構築。 主訴の背景にある葛藤を聞き取る。 	4
	患者が話しやすい環境を探る	<ul style="list-style-type: none"> 病棟へ訪問し、病棟外で患者が話をし易い場所でコミュニケーションを取り関係を構築。 	3
他職種と分担した関係づくり	特定の業務担当者としての関係構築	<ul style="list-style-type: none"> チームメンバー、また服薬管理の担当者としての関係づくりを実施。 思考や行動にまとまりが付かないという訴えがある場合に公認心理師が面接を実施。 	2
様々な要支援者との関係構築	家族との関係構築や家族関係の把握	<ul style="list-style-type: none"> 母親の思いを十分に聞き取り関係構築。 緊張が強いため、最初は母親同席で面接を行い、少しずつ本人や母親との信頼関係を構築。 	3
	子どもとの関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 子どもとはプレイセラピーを通じて関係構築。 	1

b) アセスメントにおける公認心理師の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、アセスメントにおける公認心理師の取組内容を、「アセスメントの方法」、「アセスメントの内容」、「アセスメント結果の活用方法」の3つの観点から整理すると、下記の図表のように整理できる。

「アセスメントの方法」としては、「心理面接・心理検査・行動観察」が最も多くなっている。次いで「他職種・他機関と協働し情報を統合」が挙げられる。また、「アセスメントの内容」としては、「支援が必要な課題やその背景の整理」、「患者の態度や行動の要因・機序・背景の分析」、「家族や家族関係のアセスメント」そして「患者の人となり・対人関係構築能力・認知機能・生活能力等の評価」が挙げられる。最後に、「アセスメント結果の活用方法」としては、「他職種へ患者の態度や行動の背景・要因・機序等を説明し対応方法を助言」したり、「チームの支援方針の検討にフィードバック」したりしている。

このように、公認心理師は、強みである心理面接・心理検査・行動観察を実施しながら他職種・他機関と協働し情報を統合することにより、チームとしての包括的なアセスメントに貢献していると思われる。特に、支援が必要な課題(行動や態度等)の背景にある成育歴や心理的葛藤、心理的機序の分析、家族関係のアセスメントなどを行っている。加えて、他職種へ患者の態度や行動の背景・要因・機序等を説明し対応方法を助言したり、アセスメント結果をチームの支援方針の検討にフィードバックしたりしている様子が伺える。

図表 2-6 アセスメントにおける公認心理師の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
アセスメントの方法	心理面接・心理検査・行動観察の実施	<ul style="list-style-type: none"> 面接を通じて、自己理解を深めるといったテーマが顕在化しWAISを実施。 デイケアでの様々な場面を一緒にする中でアセスメントを実施。 	9
	他職種・他機関と協働し情報を統合	<ul style="list-style-type: none"> デイケア、就労継続支援B型、就労移行支援から、対人関係・作業への取組姿勢・注意や集中の維持の程度・運動機能・物事の理解の仕方など、多岐に渡る情報を収集し公認心理師が包括的にアセスメント。 	3
	心理学理論の援用	<ul style="list-style-type: none"> 学習理論に基づきアセスメントを実施。 	1
アセスメントの内容	支援が必要な課題やその背景の整理	<ul style="list-style-type: none"> 患者の様々な語りを基に、患者に必要な支援や患者の背景を聞き取っていった。 夫はコミュニケーションが苦手で、患者や支援者とのコミュニケーションに課題がある。患者・夫ともに関係構築が苦手。 独特の強迫観念やイメージ、そして儀式と回避が習慣化した生活を送っていることが判明。 	10
	患者の態度や行動の要因・機序・背景の分析	<ul style="list-style-type: none"> 育児希望はあるが養育希望がない背景の心理的機序の把握。 先行刺激として母親の干渉という外的刺激があり、それが葛藤や無力感を生じ、問題行動に至っていた。 	8
	家族や家族関係のアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 長期のひきこもりを可能にし得えた母子関係のアセスメント。 母親の虐待リスクの評価。 	4
	患者の人となり・対人関係構築能力・認知機能・生活能力等の評価	<ul style="list-style-type: none"> 心理検査や面接から本人の特性・認知機能・生活能力を評価。 患者は明確なことが守られていないと怒りを感じやすく、曖昧な世界がとても怖く苦手で疲れやすい、はっきりすると安心する傾向があった。 	4
アセスメント結果の活用方法	他職種へ患者の態度や行動の背景・要因・機序等を説明し対応方法を助言	<ul style="list-style-type: none"> 患者が地域支援者に対して攻撃的態度を取る際や被害妄想が怒る際の患者の内的プロセスや患者自身の気持ちを整理し、地域の支援者に説明。 患者が強迫的な状態に至る背景を共有し、対応方法を支援者とともに話し合った。 	8
	チームの支援方針検討時にフィードバック	<ul style="list-style-type: none"> 他機関と認識に齟齬がある点について、公認心理師が新たな視点で見立てを伝え、すり合わせを行った。 	2
	患者・家族へのフィードバック	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント結果は患者・母親にフィードバックし透明性を担保。 	1

c) 支援計画の作成における公認心理師の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、支援計画の作成における公認心理師の取組内容を、「支援計画・方針の検討方法」、「支援計画・方針の内容」、「支援計画・方針の共有方法」の3つの観点から整理すると、下記の図表のように整理できる。

「支援計画・方針の検討方法」としては、「アセスメントを踏まえた説明・助言や情報共有」や「院内他部署・院外機関の計画作成に協力」といった他職種や他機関の計画作成をサポートする取組のほか、公認心理師自身が「患者と一緒に検討・作成」したり、「他職種・他機関の情報を集約・統合」して計画している。また、支援計画を明文化していない場合でも公認心理師が「状況に即して柔軟に対応」している。

「支援計画・方針の内容」としては、「支援目標の設定」を行い、目標達成に必要な「公認心理師の介入計画・行動計画」を定めて「支援体制・チーム編成」を行い、さらに目標に向けた「段階的な行動計画」を定め、そして計画の「進捗のモニタリング」を行っている様子が見受けられる。

「支援計画・方針の共有方法」としては、「チームの支援方針の統一・支援内容の調整」や「患者・家族への説明」が比較的多く挙げられていた。

このように、公認心理師は、他職種・他機関が主体となって支援計画を作成する場合は心理検査や心理面接から得られた情報を踏まえて助言し、一方で自身が支援計画を作成する際は他職種・他機関からの情報を集約したり、患者と一緒に検討・作成している。なお、必ずしも明文化された厳密な支援計画を作成していない場合もある。支援計画の内容は、支援目標、支援体制、段階的な行動計画、公認心理師の介入計画、進捗のモニタリングから構成されている。そのような支援計画や支援方針に基づき、患者や家族に支援方針を説明し同意を得たり、チームの支援方針の統一を図りその方針に基づき支援内容の調整を行っている。

図表 2-7 支援計画の作成における公認心理師の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
支援計画・方針の検討方法	アセスメントを踏まえた説明・助言や情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果を踏まえて配慮すべきポイントを具体的に他職種へ説明し、支援方針に助言。 カウンセリングで把握したことを支援者に共有し理解を促す。 	4
	院内他部署・院外機関の計画作成に協力	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業所、児童発達支援事業所が支援計画を策定するために開催するケース会議に参加。 	2
	患者と一緒に検討・作成	<ul style="list-style-type: none"> リハビリプランを患者宅に訪問した際に公認心理師が患者と一緒に作成。 訪問開始4か月くらいに、家を荒らし、臨時で訪問してクライシスプランと一緒に作成。 	2
	状況に即して柔軟に対応	<ul style="list-style-type: none"> 状況に即して都度柔軟に対応 厳密な計画は作成していない。状況に応じた対応が多い。 	2
	他職種・他機関の情報を集約・統合	<ul style="list-style-type: none"> 通所先の情報、外来の情報、患者の体感情報を収集し、それらがある程度一致してきたところで次のステップに進むように計画。 	1
	必然的に決まった方向性について、問題がないか確認する形で関与	<ul style="list-style-type: none"> 必然的に決まった方向性について、問題がないかを公認心理師が確認する形で関与。 	1
支援計画・方針の内容	支援目標の設定	<ul style="list-style-type: none"> 問題行動の背景にある孤独・不安感への対策として、日常生活を充実させる方向の支援を計画。 父親の高齢化に伴い、患者が就労と介護の板挟みになることが懸念され、まずは生活基盤を固める方向に軌道修正。 	8
	公認心理師の介入計画・行動計画	<ul style="list-style-type: none"> 訪問しリラクゼーション技法(ストレッチ等)、呼吸法を教え自律訓練法を身に付けてもらうことを目指す。 SOSの出し方や出すタイミングについて公認心理師が心理教育するよう計画。 	8

	支援体制・チーム編成	<ul style="list-style-type: none"> 地域の障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、職業安定所などとの連携を提案。 ある程度活動できるようになった段階で訪問看護ステーションと連携し生活の幅を広げることを目指す。 	5
	段階的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> まずは集団に慣れ所属感を持てることを目指した。デイケアでの過ごし方をつかんできたところで、患者の希望に向けた課題を患者に直面化してもらい、1年経った頃に就労を希望したため、支援計画も就労支援に切り替えた。 	2
	進捗のモニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い視点から計画の進捗をモニタリング。 	1
支援計画・方針の共有方法	チームの支援方針の統一・支援内容の調整	<ul style="list-style-type: none"> チームの支援・指導内容の優先順位を判断し他職種に依頼・伝達。 プランはチームで共有し方針を統一。 	3
	患者・家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> 支援者の考えを患者と父親に伝える場を設け説明。 母親にも、どう変える必要があるかを話し、理解してもらえた。 	3
	公認心理師の介入計画を他職種と共有	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント結果を踏まえ、医師にも判断を仰ぎつつ介入の可否を公認心理師から提案し、カルテ上で他職種に共有。 	1

d) 直接支援における公認心理師の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、直接支援における公認心理師の取組内容を整理すると、次頁の図表のように整理できる。

大項目としては、「個別の心理支援や集団プログラム」、「院外での直接支援」、「支援の進展のマネジメント」、「心理教育」そして「家族への心理支援」が挙げられた。

大項目「個別の心理支援や集団プログラム」において比較的多くの意見が挙がっていた中項目は、「心理面接・カウンセリング」、「ニーズや感情の言語化の支援」、「スキルの訓練や対応策の話し合い」であった。また、大項目「院外での直接支援」において比較的多くの意見が挙がっていた中項目は、「訪問・院外での心理的介入・スキルの訓練」や「訪問看護」であった。大項目「支援の進展のマネジメント」において比較的多くの意見が挙がっていた中項目は、「他機関・他職種のコーディネート」であった。

このように、公認心理師は、院内に加えて院外における心理支援(心理面接、心理教育)を通じて、患者のニーズや感情・気持ちの言語化を支えたり、何らかのスキルの訓練を実施したり、患者の自己理解を深めること等に貢献していることが伺える。また、直接支援を実施する他機関や他職種の支援のタイミングをコーディネートしたり、適切なタイミングで段階的なステップアップを促したりしている。その他にも、患者に加えて協働する他職種への心理教育を実施している。また、患者の家族に対しては、心理教育のほか、支援状況の説明や家族に対する支持的なカウンセリングなども実施している。

図表 2-8 直接支援における公認心理師の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
個別の心理支援や集団プログラム	心理面接・カウンセリング	<ul style="list-style-type: none"> クライアント中心療法により患者の精神状態を安定させることを重視。 精神科外来のカウンセリングを2週間に1回実施。 	10
	ニーズや感情の言語化の支援	<ul style="list-style-type: none"> 患者の困りごとに耳を傾け言語化を促すやり取りを繰り返すことにより、「話すと分かってもらえる」という体験を積んでいく。 公認心理師は不眠や他の支援者への怒り・不安(妄想症状を含む)等へのカウンセリングを実施。 感情・気持ちを人前でも表現できるように支援。また感情の起伏や対人トラブルを改善したいという気づきを支え、自分を見つめ直す姿勢に伴走。 	5
	スキルの訓練や対応策の話し合い	<ul style="list-style-type: none"> 服薬していないことを把握したことを転機に、父親と離れて暮らすこと、薬の管理を覚えること等、具体的な関わりに舵を切った。 マインドフルネスの考え方にに基づき、注意の向け方を変えていく練習を指導。 	4
	患者の自己理解の促進・生活の振り返り	<ul style="list-style-type: none"> 患者本人の病気の理解を促す面談を場面介入的に実施。 デイケア等で問題行動があった場合、他職種から公認心理師に相談があり、カウンセリングを通じて患者と振り返り。 	2
	情報の提供	<ul style="list-style-type: none"> 他機関との連携状況の説明。 育児情報の提供。 	2
	子どもの心理支援	<ul style="list-style-type: none"> プレイセラピーを通じたトラウマの緩和、学習面をサポート、集団生活の中での対人スキルをサポート。 	1
院外での直接支援	訪問・院外での心理的介入・スキルの訓練	<ul style="list-style-type: none"> 訪問によるリラクゼーション技法、呼吸法、自律訓練法の支援のほか、生活指導や外出練習を支援。 クリニックの建物、エスカレーター、トイレ、駅やコンビニに出かけての暴露法を実施。 	5
	訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護は週1から隔週。30～40分。 訪問拒否の期間をはさみながら、週2～3回の頻度で家庭へ訪問。 	3
	訪問による生活支援や他機関への同行支援	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援(支払書類の確認、役所への申請への同行等)を実施。 障害者職業センターへの同行。 	2
	クライシスプランの作成	<ul style="list-style-type: none"> 患者不調時にクライシスプランを一緒に作成。 	1
支援の進展のマネジメント	他機関・他職種のコーディネート	<ul style="list-style-type: none"> 各所からの情報を集約し、医師に確認を取りつつ、デイケア→就労継続支援B型→就労移行支援と段階的な移行をマネジメント。 公認心理師は自律訓練法を指導し、訪問看護ステーションスタッフが外出支援を担当。開始後2年ほどで公認心理師の介入は終了し、以後訪問看護ステーションが継続支援。 	3
	訪問頻度やタイミングの調整	<ul style="list-style-type: none"> 公認心理師だからと言うよりもケースマネジャーとして連絡方法・頻度・訪問のタイミングを検討。 	1
	他機関との連絡調整	<ul style="list-style-type: none"> 安否確認等の必要な連絡も当院が仲介。 	1
心理教育	患者・家族への心理教育	<ul style="list-style-type: none"> 介入案に関して患者・家族・他職種への心理教育を実施。 	2
	他職種への心理教育	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーションスタッフにも自律訓練法を体験してもらい、訪問看護時にも患者が実施できるように支援。 	2
家族への心理支援	患者本人の就労・一人暮らしについての相談	<ul style="list-style-type: none"> 親とは、就労や一人暮らしといったテーマについて公認心理師が面談を実施。 	2
	電話での状況確認・相談	<ul style="list-style-type: none"> 母親とは電話での状況確認と相談。 	1
	定期的な支持的カウンセリング	<ul style="list-style-type: none"> 母親とは3か月に1回、支持的なカウンセリング。 	1

e) 院内外との連携における公認心理師の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、院内外との連携における公認心理師の取組内容を、「院外機関との連携」「院内での連携」「その他」の3つの観点から整理すると、下記の図表のように整理できる。

「院外機関との連携」としては、「地域の支援者・支援機関との連携」が最も多くなっている。具体的には、地域のケア会議や支援者会議、就労支援機関(ハローワーク等)、障害福祉サービス事業所等が挙げられている。次いで「行政機関との連携」が挙げられる。具体的には、保健所との連携や役所の関係部署(生活保護部門等)のほか、児童相談所などが挙げられている。その他、他の医療機関や患者の就労先企業などとも連絡調整を実施している。

「院内での連携」としては、「ケースカンファレンス」「ミーティング」といった会議形式の連携のほか、「各種資料の確認・把握」や「インフォーマルな情報共有」などを行っている。

このように、公認心理師は、ケースの必要性に応じて、地域の支援機関や行政機関などと連絡調整を行い、院内においては各種の会議への参画、様々な資料の把握、そしてインフォーマルな情報共有などを通じて、他機関・他職種との連携に貢献している様子が伺える。

図表 2-9 院内外との連携における公認心理師の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
院外機関との連携	地域の支援者・支援機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケア会議において、患者の状態や症状を関係者に共有。 ・ 地域の支援者が本人の症状や関わり方で困っている場合に会議に呼ばれて参加。 ・ 院外機関とは、地域の就労支援機関との連絡調整を心理職が実施。 ・ 就労継続支援A型事業所でのトラブルに関しては、施設長と連携しカンファレンスを実施。 ・ 計画相談のモニタリング会議で近況を報告。 	11
	行政機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 月1回、行政等との全体会議。 ・ 平時より定期的に保健師と情報共有し、チームの一員となってもらおう。 ・ 生活保護受給の関係で福祉事務所への同行・連絡調整を実施。 ・ 児童相談所とは、夫の要望を受けつつ、子どもを里親から患者・夫のもとにどのように戻していくかの段取りを調整。 	10
	医療機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 産婦人科とは夜間の支援体制を調整。 	1
	患者の就労先企業との調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 企業とのやり取りは公認心理師が電話・メールで実施。患者と企業の誤解を訂正するなど橋渡し。 	1
	関係団体との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 引っ越しの際には犯罪被害者防止センターの相談員も参画。 	1
院内での連携	ケースカンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ・ ワーカー主導のケースカンファレンスに参画し役割分担。 ・ 院内では週1回ケースカンファレンスを実施。 	4
	ミーティング	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療後に全員でミーティング実施。 ・ 訪問看護ステーションとは朝のミーティングで情報共有。 	2
	各種資料の確認・把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内については、公認心理師が、①ケースごとのカルテ、②チームごとのカルテ、③院内多職種連携用の資料、④院外連携用の資料の4つをカバーし全体の進捗を把握。 	1
	病棟との連絡調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会復帰病棟へ入院する際や外来治療に戻る際は、外来主治医と病棟主治医、患者、そして父親参加の話し合いの場を設定。 	1
	インフォーマルな情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内はデイケアとインフォーマルに連携を図った。 	1
その他	他の支援者への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の支援者の陰性感情をフォロー。 ・ 他の支援者のモチベーションを引き出す。 	2

f) アウトリーチにおける公認心理師の取組内容

収集した事例について、アウトリーチにおける公認心理師の取組内容という観点から整理すると、下記の図表のように整理できる。

まず、「心理支援」においては、自宅や外出先で心理支援(自律訓練法、暴露法等)を実施していた。「日常生活の支援」においては、買い物の同行、散歩の同行、商店街や床屋、銀行や不動産会社等への同行支援を行っていた。「就労支援・地域への橋渡し」においては、障害者職業センターや就労移行支援事業所、就労継続支援 B 型事業所等への同行支援を行っていた。「トラブル・危機対応」としては道迷いの際の迎えを行っている事例もみられた。その他、医療機関への受診同行、患者の子どもの学校へ訪問して教員・親と面接を実施するなどの事例がみられた。

また、公認心理師自身がアウトリーチを実施していない場合においても、ケースによっては他職種・他機関のアウトリーチを後方支援していた。

図表 2-10 アウトリーチにおける公認心理師の取組内容

大項目	中項目
心理支援	自宅での心理支援(自律訓練法、暴露法等)
	外出先での心理支援(自律訓練法、暴露法等)
日常生活の支援	買い物同行
	散歩の同行
	商店街への外出同行
	床屋への同行
	銀行への同行
	不動産会社への同行
	自宅への訪問
就労支援・地域への橋渡し	警察への相談同行
	障害者職業センターへの同行
	就労移行支援事業所への同行
	就労継続支援 B 型事業所への同行
	患者の就労先企業への訪問
トラブル・危機対応	地域活動支援センターへの見学同行
	就労継続支援 A 型事業所への訪問
受診同行	道迷いの際の迎え
発達支援	医療機関
打合せ・会議	学校での教員や親との面接
	養護施設への訪問
他職種のアウトリーチを後方支援	他の医療機関への訪問
	保健師のアウトリーチを後方支援
	児童相談所のアウトリーチを後方支援

※アウトリーチについては、全ての事例で実施されているわけではなかった。これは、ケースの必要性や他職種との役割分担等に
応じた部分があると思われる。そのため、「件数」を数えることはせず、どのようなアウトリーチが行われていたかを列挙する形で
整理している。

③ 公認心理師の参画効果について

a) 公認心理師の参画による患者への効果について

公認心理師の参画による患者への効果を整理すると、下記の図表のように整理できる。

まず、「支援とのつながりづくり」の効果が挙げられる。具体的には、援助希求行動を取ることが苦手な患者との信頼関係の構築や、支援者と患者とをつなぐ窓口の役割を担うといった意見が挙がっていた。

次いで、「ニーズ把握やアセスメントの精度向上」の効果が挙げられている。患者や家族の過去、患者のパーソナルな部分、言語化が難しい部分などを理解し言語化していく支援スキルが活かされている様子が伺える。

その他にも「症状や問題行動の軽減」、「自己管理・対処スキル・能力構築」、「家族支援(患者理解、疾病理解、心理教育)」、「社会資源へのつながりや地域生活の維持」などの効果が挙げられている。

図表 2-11 公認心理師の参画による患者への効果

中項目	意見例(要約)	件数
支援とのつながりづくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職にも援助を求めれば何かしら手は差し伸べられるという経験ができた。 ・ 支援者への怒りや不安が増幅しすぎることなく、一定の関係維持が可能となった。 ・ 公認心理師が患者との唯一の接点となり支援とのつながりを維持していた時期があった。 ・ 自閉スペクトラム症(傾向)のため、2週間に1回のカウンセリングがあること自体が、患者の安心材料になっているのではないか。 	9
ニーズ把握やアセスメントの精度向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の人生の中の過去を振り返り、課題の背景を理解。 ・ 患者のパーソナルな部分を聞くことができる。 ・ 患者の状況や言葉にならない部分を理解・言語化する。 	8
症状や問題行動の軽減	<ul style="list-style-type: none"> ・ 問題行動と症状が軽減した。 ・ 生活場面での暴露法の実施が患者の変化を引き起こした。 	5
自己管理・対処スキル・能力構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬管理やその他生活にかかわる行動・スキルの形成。 ・ 疲労感の自覚と、スタッフへの相談ができるようになった。 	5
家族支援(患者理解、疾病理解、心理教育)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の患者理解が深まった。 ・ 家族と患者の間の衝突が減少した。 	4
社会資源へのつながりや地域生活の維持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の希望する外出・地域参加が可能になった。 ・ 自分で適切に薬を整理、服薬できるようになり、自宅生活の維持が可能となった。 	4
自己理解・自己効力感・自己決定の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ ストレングスを大切にすることが、患者の自発的行動につながった。 	2
対人関係の維持・構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他者とのつながりが増え、結果としてコミュニケーション力が向上。 	2

b) 公認心理師の参画による他職種やチームへの効果について

公認心理師の参画による他職種・チームへの効果を整理すると、下記の図表のように整理できる。

まず、「他の支援者の育成・心理教育・動機付け」が挙げられる。具体的には、他職種とアウトリーチをともにすることによるフィールドメンタリング効果、精神障害や患者の心理的機序に関する教育的効果、他職種のやる気・意欲を引き出す効果などが挙げられている。

次いで、「支援方針の統一や一貫性」の効果が挙げられている。治療から生活支援まで一貫して支援が可能になることや、チームメンバーの相互理解が深まることによる支援の足並みの統一、また公認心理師が提示するアセスメント結果により共有すべきリスクや支援方法の議論が具体的になるなどの意見が挙げられている。

また、「アセスメントの精度向上・患者理解の深まり」も挙げられている。患者の言葉にならない部分の言語化を促したり、理論的な観点から支援方法の妥当性を伝えたりする等ことにより、患者理解とアセスメントが深まる様子が伺える。

その他にも「支援者同士のチームビルディング・関係円滑化」、「他職種の対応が困難な患者への対応」、「支援者の不安軽減・メンタルヘルスの向上」、「患者との関係の仲介・円滑化」といった効果が挙げられている。

図表 2-12 公認心理師の参画による他職種やチームへの効果

中項目	意見例(要約)	件数
他の支援者の育成・心理教育・動機付け	<ul style="list-style-type: none"> 他職種と訪問することで、公認心理師の姿勢や関わり方を他職種へフィールドメンタリング。 公認心理師からの情報提供により、強迫症そのものや、強迫症が生活や職場での不適応にどう関係しているかを、チームが詳しく知る。 他の支援者のやる気・意欲を引き出せるような姿勢で対応。 	9
支援方針の統一や一貫性	<ul style="list-style-type: none"> 公認心理師がマネジメントすることで治療から生活支援までを一貫して支えることができた。 チームのコミュニケーションや相互理解が促進され、支援の足並みが揃う。 心理検査により結果が数値で出るため、共有すべきリスクや支援方法の議論が具体的になる。 	7
アセスメントの精度向上・患者理解の深まり	<ul style="list-style-type: none"> 患者の言語化を公認心理師が支援したことで、アセスメントの充実、支援者・家族の患者理解の促進につながった。 「子どもは産むけど育てない」という生き方を選択するに至った心理的機序(被虐待、トラウマ、愛着形成の不全等)を、他職種に丁寧に説明。 理論的な視点から支援方法の妥当性を伝えることで、支援者の障害特性の理解を深めたり不安の解消に寄与したりする。 	5
支援者同士のチームビルディング・関係円滑化	<ul style="list-style-type: none"> 場のアセスメントを行いながら議論の交通整理やファシリテーションを実施。 チームの関係性を見ながら会議での議論を促す。 それぞれの支援者の役割を組み合わせながら依頼。 	4
他職種の対応が困難な患者への対応	<ul style="list-style-type: none"> 人格障害に関する見立てや介入方法については、公認心理師が経験を有していることも多く、参画が望まれる。 行動化が頻繁に起きる虐待ケースにおいて、状況に応じたギリギリの判断・マネジメント・情報提供・意思決定を実施。 	4
支援者の不安軽減・メンタルヘルスの向上	<ul style="list-style-type: none"> 医療からの助言・意見が地域の支援者の安心材料となる。 支援者のエンパワーメントやメンタルヘルスの向上に貢献する。 	2
患者との関係の仲介・円滑化	<ul style="list-style-type: none"> 本人の否認による行動に対して、指導し修正するのではなく、肯定的に関わるよう他職種に依頼。 	2

④ ハンドブック作成に向けたニーズについて

a) 公認心理師の参画が望まれる患者像

公認心理師の参画が望まれる患者像は、下記の図表のように整理できる。

最も多くの意見が挙がっていたのが「特定の疾患・課題が関係する患者」である。例えば、発達障害のある子ども、自殺リスクの高い患者、虐待が関係する患者、愛着障害や複雑性 PTSD、解離性障害、不安障害、強迫障害、双極性障害Ⅱ型、パーソナリティ障害、摂食障害の患者が挙げられている。

次いで、「病理や症状・行動等の理解が難しい患者」が挙げられる。具体的には、病理や行動等の理解が難しくかったり、自分の世界にこもりがちだったり、アセスメント・診断が定まっていない患者や、周囲から勘違いされやすい患者が想定される。

また、「主訴・診断の背景に心理的葛藤がある患者」が挙げられる。具合的には、主訴の背後に心理的な葛藤や迷いを抱えていたり、治療の悩みや本音を伝えられなかったりする患者が想定される。

その他、「支援の必要性が見えにくい・支援につながりにくい患者」、「心理療法に適応がある患者や心理検査・面接から継続して関与が望まれる患者」、「支援者を振り回したり混乱させたりする傾向のある患者」、「家族支援が必要な患者」が挙げられている。

図表 2-13 公認心理師の参画が望まれる患者像

患者像	具体的な患者イメージ	件数
特定の疾患・課題が関係する患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発達障害のある子ども ・ 自殺リスクの高い患者 ・ 虐待が関係する患者 ・ 愛着障害や複雑性 PTSD ・ 解離性障害 ・ 不安障害 ・ 強迫障害 ・ 双極性障害Ⅱ型 ・ パーソナリティ障害 ・ 摂食障害 	11
病理や症状・行動等の理解が難しい患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 周囲から勘違いされやすい患者（例：「それほど大きな問題を抱えていない」と思われる等）。 ・ 病理や行動等の理解が難しい患者。 ・ アセスメント・診断が定まっていない患者。 ・ 自分の世界にこもりがちな患者。 ・ 疾患特性から支援成果が見えづらく勘違いされ陰性感情を持たれやすい患者。 	10
主訴・診断の背景に心理的葛藤がある患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主訴(体)の奥に心理的な葛藤や迷いを抱えている患者。 ・ 治療の悩みや本音を医師に伝えられない患者。 ・ ディレクティブではなく、より自主性・主体性を尊重することが求められる患者。 	6
支援の必要性が見えにくい・支援につながりにくい患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 直接支援を拒否する患者。 ・ 表現能力が乏しく自己開示に抵抗が強い患者。 ・ 症状は軽度～中低度でもソーシャルサポートが必要な患者。 ・ 生活課題が目立たず困っていることが分かりにくい患者。 	5
心理療法に適応がある患者や心理検査・面接から継続して関与が望まれる患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ カウンセリングや面接で支援をしている患者。 ・ 認知行動療法やカウンセリングを期待する患者。 ・ 知能検査、認知機能検査の結果に応じた対応が求められる患者。 ・ 心理面接や心理検査を通じて関わりのある患者。 	4
支援者を振り回したり混乱させる傾向のある患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心的外傷・トラウマがある方は対人関係が不安定で、支援者を含め周りを混乱させてしまう患者。 ・ 他の支援者が振り回されて負担を感じている患者。 ・ 情緒的な不安定さから対人関係に課題がある患者。 	3
家族支援が必要な患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族への介入も含めて対応する必要のある患者。 ・ 多問題家族で地域でも大変という患者。 	2

b) 公認心理師の参画のための組織上の工夫

公認心理師の参画のための組織上の工夫を整理すると、下記の図表のように整理できる。

大項目としては、「施設や組織編制の工夫」、「情報共有・コミュニケーションの工夫」、「教育・自己研鑽の工夫」、「業務調整の工夫」が挙げられる。

中項目として比較的多く挙がっていた項目として、「定期的なミーティングの実施・参加」、「多職種での院内勉強会や意見交換の実施・奨励」が挙げられる。これらはいずれも、常日頃から他職種とフォーマル・インフォーマルな情報共有や交流することの重要性を示唆するものとなっている。

このような多職種の交流や情報共有をハード面から担保する上で、「患者・他職種とシームレスなフロアづくりや職場環境の整備」は一つの工夫と考えられる。また、人員配置の観点から担保する上では、「多職種から構成された地域支援を専門とする部署の設置や部署に固定しない流動的な人員配置」、「人員の確保と多職種連携環境下での育成」、「多職種連携業務の仕組み化」等の取組がヒントとなるだろう。さらに、システムの観点からは、「情報共有の電子化」もまたヒントになると思われる。そして人材育成の観点からは、「多職種での院内勉強会や意見交換の実施・奨励」や「他職種からの・他職種への OJT の実施」といった工夫がヒントになると思われる。

図表 2-14 公認心理師の参画のための組織上の工夫

大項目	中項目	件数
施設や組織編制の工夫	医療機関の方針や上司等の理解の重要性	2
	多職種から構成された地域支援を専門とする部署の設置や部署に固定しない流動的な人員配置	2
	人員の確保と多職種連携環境下での育成	2
	患者・他職種とシームレスなフロアづくりや職場環境の整備	1
	多職種連携業務の仕組み化(介入ケースのルール化、訪問・申請・記録等の業務の標準化等)	1
情報共有・コミュニケーションの工夫	定期的なミーティングの実施・参加	3
	情報共有の電子化	2
	ケア会議等の院内での開催	1
教育・自己研鑽の工夫	多職種での院内勉強会や意見交換の実施・奨励	3
	他職種からの・他職種への OJT の実施	2
	院外専門家・院内の上司によるスーパービジョン	1
業務調整の工夫	ケースマネジメントと個別支援のバランスの調整	3
	職種にこだわらないケースの割り当て	1
	チーム内での役割分担や業務の調整	1
	時間管理の裁量・柔軟性	1

c) 公認心理師が包括的支援マネジメントに参画する際の課題

公認心理師が包括的支援マネジメントに参画する際の課題は、下記の図表のように整理できる。

大項目「専門性との葛藤や齟齬」においては、「守秘義務の意識に基づく情報共有への抵抗感」や「個別臨床という認識」、「アイデンティティの揺らぎ・葛藤」が比較的多く挙げられている。次いで大項目「ケースマネジメントの実践上の課題・障壁」では、「ケースマネジメントに求められる視点・姿勢の理解」、「専門性・立場の違いを踏まえた伝え方」、「他職種の役割・社会資源・制度の理解」、「専門性とのバランス」が比較的多く挙げられている。最後に大項目「労働環境・体制面の課題」では、「組織風土・勤務体制の影響」が比較的多く挙げられている。

このように、患者と一対一で個別の心理支援を行うことや集団療法を実施することが公認心理師の専門性として重要な側面ではあるものの、その専門性に対する公認心理師自身のセルフイメージや他職種から見た公認心理師のイメージにとらわれてしまうことも少なくない。公認心理師がケースマネジメントを実施する際には、こうした業務上の慣習や枠組みを超えていくことが必要になる様子が伺える。

図表 2-15 公認心理師が包括的支援マネジメントに参画する際の課題

大項目	中項目	意見例	件数
専門性との葛藤や齟齬	守秘義務の意識に基づく情報共有への抵抗感	<ul style="list-style-type: none"> 公認心理師は守秘義務から(情報を)持ち出してはいけないと教えられてきているため、他職種との情報共有はネックになるだろう。 集団守秘義務という考えがあっても、カウンセリングは自分のもの、患者のものとして外に出さない人もいる。 ケースマネジャーとカウンセラーの二足の草鞋の場合、支援者の役割が様々になり、患者が打ち明けている心の内を関係者に言うことは良くないという見方もある。 	6
	個別臨床という認識からの切り替え	<ul style="list-style-type: none"> 公認心理師は個室の臨床を前提に支援を組み立てる。 公認心理師は心にばかり向きやすい職種であるため、心にばかり囚われていると、生活背景や生活の困難さになかなか気づけない。 他職種からは、生活支援は公認心理師の仕事ではないと言われ、噛み合わなかった。 	5
	アイデンティティの揺らぎ・葛藤	<ul style="list-style-type: none"> 一対一だと患者との間で支援する側・される側で分かりやすいが、集団だと他職種との間の中で何をするか、アイデンティティが揺らぐ人も多い。 地域移行としてアウトリーチをすることがあったが、ケースマネジメントが患者の内面と向き合うことと相反するような気になり、公認心理師としてのアイデンティティと葛藤が生じることがある。 	3
	院外へのアウトリーチの難しさ	<ul style="list-style-type: none"> 職種による分業が進むとアウトリーチは難しくなる。 精神保健福祉士が外出する際にも必ずしも報酬が付いているわけではないが、公認心理師が外出することにはなかなか理解が得られなかった。 	3
	学校教育との差異	<ul style="list-style-type: none"> ケースマネジメントの基礎的な教育を大学院等でもっと受けたかった。 	3
ケースマネジメントの実践上の課題・障壁	ケースマネジメントに求められる視点・姿勢の理解	<ul style="list-style-type: none"> 自身の内面や相手の内面、それにかかわる場等、広く見渡せることが重要。 支援者も生活者であり、生活者として影響を受ける部分に配慮なく進めるとチームが混乱することもある。場合によっては誤解も生じる。その点は留意が必要。 アセスメントや本人による特性理解のサポートに力が入りがちなので、もう少し環境調整に意識が向くと良い。 	8
	専門性・立場の違いを踏まえた伝え方	<ul style="list-style-type: none"> 「自分は説明したのにわかってもらえない」ということは、公認心理師が他職種と連携する際によく経験することである。 他職種や医療ではない福祉の支援者がどういった支援の価値観や考え方で仕事をしているのかを理解しないと、公認心理師が何を伝え、どのようにかみ砕いて説明すればよいかもわからない。 	6

		<ul style="list-style-type: none"> 伝える努力はするが完全には伝わらないものであり、それぞれの職種の立場もあるため、予防しきれないことや、リスクを分かっていたのに回避できなかったことが生じる点は難しい。 	
	他職種との役割・社会資源・制度の理解	<ul style="list-style-type: none"> 相手がどのような制度に基づいて、どのような立場で仕事をしているかを分らないと、その職種の役割や発言の意図も分らない。 地域の支援者を含めた他職種とのやり取り等のマネジメントをする時にも、互いを理解しながら、異なる点や共通点、患者への落としどころ等を探る必要がある。 マネジメントする際、他職種や地域のことを知らないと、誰に何を頼んで良いかの適切な判断ができない。 公認心理師のトレーニング過程に、他職種との関係構築の視点も入れるべきである。ワーカーはトレーニングされてきている視点であり、公認心理師に不足している視点である。 	5
	専門性とのバランス	<ul style="list-style-type: none"> 個人の臨床支援があつてこそそのケースマネジメントである。バランスよくどちらにも興味があることが重要。 患者が来院し、決められた枠内で、部屋の中で行う支援に対して収入が生じることを踏まえるのは重要。 ケースマネジメントを行う公認心理師が見るべき点もあるし、心だけを扱う必要がある場面もある。その見極めが必要。 チームの中で自分がどういう役割を果たすべきか、地域からどういった役割を求められているかが分らないと、良い仕事はできない。 	5
	経験・実践機会の不足	<ul style="list-style-type: none"> 自身も ACT に関わるまではケースマネジメントをしていなかった。 アセスメントはするが、計画書を表にして作る等の経験があまりなかった。 公認心理師は、テスター＋カウンセラーという位置づけが多いのではないかと。非常勤でテスターだけ担当する等もあると思う。 	4
	多職種連携教育の必要性	<ul style="list-style-type: none"> いわゆる多職種連携教育ができると、ICM を進める上でもよいのだろう。 自身の経験だけで不足している点は研修会に参加する等が求められる。心理の学会でもケースマネジメント等が取り上げられると良い。 	4
	ケースマネジメントできることの周知・認知度向上	<ul style="list-style-type: none"> 行政や地域の保健師、児童相談所等の外部の連携機関から、院長に対してチームを評価する意見が寄せられると、公認心理師自らがアピールするより効果的。 	2
労働環境・体制面の課題	組織風土・勤務体制の影響	<ul style="list-style-type: none"> 密室でカウンセリングをすることが当たり前になっているような医療機関だと、考え方をを変えるのは難しい。 病院の風土やトップの考え方によって、公認心理師の動き方は規定される。 公認心理師となると、部屋を与えられ、検査と面談でスケジュールが埋まってしまう。この辺りから変えていかないと公認心理師が支援を広げることは難しいのではないかと。 	5
	業務管理	<ul style="list-style-type: none"> 時間管理・スケジュール管理に一番苦勞している。 (ケースマネジメントは)公認心理師のカウンセリング枠だけでは収まらない作業が必要であり、その時間も確保の上受け入れられるかを考える必要がある。 	2
	診療報酬の算定	<ul style="list-style-type: none"> 算定が付かない。 現在の良い点は診療報酬にとらわれていないため、ある意味一人の人に十分な時間を使えるところである。 	2
	人材確保・定着	<ul style="list-style-type: none"> マンパワーを割く必要がある。 人材は上手く定着できていない。 	2

d) 公認心理師の包括的支援マネジメントへの参画促進のために求められる支援策

公認心理師の包括的支援マネジメントへの参画促進のために求められる支援策は、下記の図表のように整理できる。

大項目「診療報酬等の制度設計」においては、「他機関との調整や院外での取組の評価」や「様々な職種がケースの担当者・チーム構成員となり得る制度設計」、「支援頻度・支援期間・労力に対する適正な評価」が比較的多く挙がっている。次いで大項目「普及啓発」では、「公認心理師の参画が求められるケースの基準の整理」、「公認心理師がケースマネジメントに参画している事例の周知」が比較的多く挙がっている。

このように、公認心理師のケースマネジメントへの参画自体を評価することに加え、支援頻度や支援期間、労力に見合う適正な評価が必要なこと、そして多様なチーム編成が可能な制度設計が求められている。並行して、公認心理師がケースマネジメントを行うことについて、公認心理師自身と他職種へ周知することが求められており、特に指示を出す側にある医師がどのような場合に公認心理師にケースマネジメントを依頼すべきかの基準づくりが求められている。

図表 2-16 公認心理師の包括的支援マネジメント参画促進のために求められる支援策

大項目	中項目	意見例	件数
診療報酬等の制度設計	他機関との調整や院外での取組の評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当院では外部との連携で、例えば学校と連絡を取ったところで医療としてはお金を取れない。家族との相談も必要に応じて行い、学校からの相談にもお金を取らずに応じている。 ・ 訪問することで実際の生活に近いマネジメントをすることができ、生活に関わる心理的なスキルをより身に付けやすい。現実生活を目の前に支援をするため、具体例を用いたアセスメントやマネジメントができるようになる。アウトリーチしているからこそであり、今後有効になると考える。 ・ 公認心理師によるケースマネジメント、アウトリーチ、訪問に対して診療報酬が付くと良い。 ・ 関係各所との支援者会議等は今現在当院では診療報酬に乗せていない。ガソリン代や交通費は手弁当でクリニックに負担をかけている。 	7
	様々な職種がケースの担当者・チーム構成員となり得る制度設計	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公認心理師がケースマネジメントを行うことへの評価もあればいいが、体制加算を作ってもらい、チームメンバーに公認心理師が含まれる、と明記されるだけで違う。 ・ 現在ある制度の中に、可能な限り公認心理師を要件の中に組み入れてもらえると良いのではないかな。 ・ 資格限定の制度設計は現場になじまない可能性がある。 	5
	支援頻度・支援期間・労力に対する適正な評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援期間も長くなる場合がある。 ・ カンファレンスをしてマネジメントを検討する時間自体を報酬上、評価してくれるとありがたい。単純に何人さばいたら、という報酬ではなく、専門家同士が話し合う時間を報酬にしてくれると中身のある支援になるのではないかな。 ・ 現行の療養生活継続支援加算における1年間という要件は厳しすぎる。また、一人が担当できるのが30人とされているが、すぐに超える。 	3
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心理検査をフィードバックすることへの評価。 ・ 加算取得の要件となっている研修の充実。 ・ 病診連携の促進。 ・ 複数の加算の併用可能性(心理支援加算と療養生活継続支援加算の組み合わせ)。 	4
普及啓発	公認心理師の参画が求められるケースの基準の整理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公認心理師がケースマネジメントできると広がった場合に、振る医師側の認識と受ける公認心理師の認識を一致させるための議論ができないと、上手くいかない制度になる。 ・ マネジメントの俎上に乗るまでが大変。主治医だけが抱えて 	3

		<p>いたり、ワーカーも把握しているが次に進めない等が課題になる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ こういったケースには多職種で対応したほうが良い、その中に公認心理師がいた方が良い、作業療法士がいた方が良い、という点を伝えられると良い。 	
	公認心理師がケースマネジメントに参画している事例の周知	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公認心理師の役割や有効性について事例を積み上げて発信していく必要がある。グッドプラクティスを医師・公認心理師の双方に伝えなければならない。 ・ 様々な職種が関与することがケースによって効果があるということ、調査結果等を通じて知ってほしい。 	2
	多職種の連携を円滑化するツールの作成	<ul style="list-style-type: none"> ・ コメディカルの支援が円滑に進むツールになると良い。 	1
	医療・福祉の相互理解・連携の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療には医療の、福祉には福祉のやり方がある。我々は医療の立場から福祉資源を活用させてもらいたいと考え協力を求めるが、福祉の支援者の場合、病状の理解をした上で福祉資源の利用への理解が足りない時があると感じる。 	1
人材育成	養成課程も含めたケースマネジメントへの準備性の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国家資格となったからには、公認心理師も地域全体に資する仕事をしていく必要がある。2者関係の面接だけでなくアウトリーチやケースマネジメントに対する公認心理師自身の準備性を高めていくことが必要。 	1

2 アンケート調査結果

本節では、アンケート調査の結果を掲載する。本調査研究事業では、第1章で先述したとおり、施設票、個別票、他職種票の3つのアンケート調査を実施しているため、その順番に結果を掲載していくことにする。

(1) 施設票の調査結果

a) 機関種別

「診療所(クリニック)」が63.6%、次いで「総合病院」と「精神科病院」が18.2%となっている。

図表 2-17 機関種別(施:問1)

	件数	割合 k=11
総合病院	2	18.2%
精神科病院	2	18.2%
診療所(クリニック)	7	63.6%
無回答	0	0.0%

b) 法人・法人グループが行っている事業・部門

【医療】部門については、「地域連携室・医療福祉相談室等」と「医療機関内の訪問看護部門」の割合が最も高く81.8%、次いで「心理療法科・臨床心理室」が72.7%となっている。

【福祉】部門については、無回答を除くと、「計画相談支援」、「地域移行支援」、「地域定着支援」、「就労継続支援A型・B型」、「就労移行支援」、「共同生活援助(グループホーム)」が36.4%となっている。

図表 2-18 法人・法人グループが行っている事業・部門(施:問2)

	件数	割合 k=11
医療	地域連携室・医療福祉相談室等	9 81.8%
	心理療法科・臨床心理室	8 72.7%
	作業療法科・精神科リハビリ室	4 36.4%
	精神科デイケア	7 63.6%
	医療機関内の訪問看護部門	9 81.8%
	訪問看護ステーション	3 27.3%
	精神科のサテライトクリニック	1 9.1%
	精神科以外	5 45.5%
	その他	1 9.1%
	無回答	0 0.0%
福祉	計画相談支援	4 36.4%
	地域移行支援	4 36.4%
	地域定着支援	4 36.4%
	市町村等による委託相談	2 18.2%
	就労継続支援A型・B型	4 36.4%
	就労移行支援	4 36.4%
	生活介護	1 9.1%
	共同生活援助(グループホーム)	4 36.4%
	自立生活援助	1 9.1%
	居宅介護	1 9.1%
	自立訓練(生活訓練)宿泊型	1 9.1%
	自立訓練(生活訓練)通所型	1 9.1%
	地域活動支援センター	1 9.1%
	その他	1 9.1%
	無回答	4 36.4%

c) 地域連携・多機関連携の担当部署

「精神科外来」の割合が最も高く 81.8%となっている。次いで、「地域連携室・医療福祉相談室等」が 72.7%、「精神科デイケア」が 54.5%、「心理療法科・臨床心理室」が 45.5%となっている。

図表 2-19 地域連携・多機関連携の担当部署(施:問 3)

	件数	割合 k=11
精神科外来	9	81.8%
地域連携室・医療福祉相談室等	8	72.7%
心理療法科・臨床心理室	5	45.5%
作業療法科・精神科リハビリ室	2	18.2%
精神科デイケア	6	54.5%
医療機関内の訪問看護部門	4	36.4%
訪問看護ステーション	3	27.3%
その他	1	9.1%
無回答	0	0.0%

d) 病床数

一般病床は「あり」が 27.3%であり、平均病床数は 249.0 床となっている。また、精神科病床は「あり」が 27.3%であり、平均病床数は 195.0 床となっている。

図表 2-20 病床数(施:問 4)

		件数	割合 k=11
一般病床	あり	3	27.3%
	なし	8	72.7%
	無回答	0	0.0%
	平均値	249.0	-
	標準偏差	214.0	-
精神科病床	あり	3	27.3%
	なし	8	72.7%
	無回答	0	0.0%
	平均値	195.0	-
	標準偏差	131.6	-

e) 職員数

公認心理師の職員数は、常勤職員が平均 4.7 人、非常勤職員が平均 4.4 人となっている。

図表 2-21 職員数(施:問 5)

		平均値	標準偏差
看護師	常勤	78.6	213.0
	非常勤	6.3	11.6
精神保健福祉士	常勤	3.5	3.7
	非常勤	1.3	2.4
公認心理師	常勤	4.7	3.5
	非常勤	4.4	3.9
作業療法士	常勤	4.2	7.1
	非常勤	0.4	0.5

f) 1カ月の平均患者数

1カ月の平均外来患者数は、延べ 3,676.9 人となっており、うち初診患者が 308.7 人、再診患者が 3,368.2 人となっている。外来患者のうち公認心理師が関与した 1 カ月あたりの平均患者数は、実人数で 62.9 人となっている。そして療養生活継続支援加算を算定した 1 カ月あたりの患者数は、実人数で 7.7 人となっている。

図表 2-22 1カ月の平均患者数(施:問 6)

	平均値	標準偏差
1か月あたりの平均外来患者数(延べ人数)	3,676.9	6,707.8
1か月あたりの平均外来患者数【うち初診】	308.7	872.7
1か月あたりの平均外来患者数【うち再診】	3,368.2	5,849.8
外来患者数のうち公認心理師が関与した1か月あたりの平均患者数(実人数)	62.9	60.2
1か月あたりの平均療養生活継続支援加算算定数(実人数)	7.7	7.8

(2) 個票の調査結果

① 公認心理師参画時点の患者属性

a) 患者年齢

「50 歳代」の割合が最も高く 27.5%となっている。次いで、「20 歳代」が 25.0%、「30 歳代」が 15.0%となっている。

図表 2-23 患者年齢(問1)

	件数	割合 n=40
10歳代以下	4	10.0%
20歳代	10	25.0%
30歳代	6	15.0%
40歳代	5	12.5%
50歳代	11	27.5%
60歳代	2	5.0%
70歳代	1	2.5%
80歳代以上	1	2.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

b) 患者性別

「男性」が 55.0%、「女性」が 45.0%となっている。

図表 2-24 患者性別(問2)

	件数	割合 n=40
男性	22	55.0%
女性	18	45.0%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

c) 患者の精神障害者保健福祉手帳の有無

精神障害者保健福祉手帳を「持っている」が 57.5%、「持っていない」が 42.5%となっている。

図表 2-25 患者の精神障害者保健福祉手帳の有無(問3)

	件数	割合 n=40
持っている	23	57.5%
持っていない	17	42.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

d) 患者の生活保護の受給有無

「生活保護世帯である」が 22.5%、「生活保護世帯ではない」が 77.5%となっている。

図表 2-26 生活保護の受給有無(問4)

	件数	割合 n=40
生活保護世帯である	9	22.5%
生活保護世帯ではない	31	77.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

e) 患者の住居

「自宅(家族と同居)」の割合が最も高く 50.0%となっている。次いで、「自宅(一人暮らし)」が 37.5%となっている。

図表 2-27 患者の住居(問 5)

	件数	割合 n=40
共同生活援助(グループホーム)	4	10.0%
入所施設	1	2.5%
自宅(一人暮らし)	15	37.5%
自宅(家族と同居)	20	50.0%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

f) 主診断

「F2:統合失調症圏」の割合が最も高く 25.0%となっている。次いで、「F3:(F30/F31以外)気分障害」と「F4:神経症性障害圏」が 17.5%、「F8:心理的発達の障害」が 12.5%となっている。

図表 2-28 主診断(問 6)

	件数	割合 n=40
F0:器質性精神障害	3	7.5%
F1:精神作用物質使用	2	5.0%
F2:統合失調症圏	10	25.0%
F3:(F30/F31以外)気分障害	7	17.5%
F30/F31:躁病:双極性障害	2	5.0%
F4:神経症性障害圏	7	17.5%
F5:生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群	0	0.0%
F6:人格障害圏	2	5.0%
F7:知的障害	1	2.5%
F8:心理的発達の障害	5	12.5%
F9:小児期・青年期に通常発生する行動・情緒の障害	1	2.5%
G40:てんかん	0	0.0%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

g) 重複診断

「なし」の割合が最も高く 32.5%となっている。次いで、「発達障害」が 27.5%となっている。

図表 2-29 重複診断(問 7、複数選択)

	件数	割合 n=40
物質関連障害	3	7.5%
知的障害	7	17.5%
発達障害	11	27.5%
認知症	0	0.0%
なし	13	32.5%
無回答・無効回答	8	20.0%

h) 患者の課題や問題

「学校・教育や職業に関連する問題」の割合が最も高く 50.0%となっている。次いで、「自殺関連行動や非自殺性の自傷行為に関連する問題」と「家族やパートナーに関連する問題」が 37.5%、「住居や経済に関連する問題」が 35.0%となっている。

図表 2-30 患者の課題や問題(問8、複数選択)

	件数	割合 n=40
自殺関連行動や非自殺性の自傷行為に関連する問題	15	37.5%
家族やパートナーに関連する問題	15	37.5%
虐待とネグレクトに関連する問題	7	17.5%
学校・教育や職業に関連する問題	20	50.0%
住居や経済に関連する問題	14	35.0%
性に関する悩みや問題	4	10.0%
犯罪被害や訴訟、収監、刑務所からの出所等、犯罪や法制度に関連する問題	2	5.0%
精神疾患によらない反社会的行動に関する問題	0	0.0%
身体的疾患・障害に関連する心理的な問題	7	17.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

i) 包括的支援マネジメント導入基準

「6 か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある」の割合が最も高く 92.5%となっている。次いで、「自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)」が 72.5%、「自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」が 47.5%となっている。

図表 2-31 包括的支援マネジメント導入基準(問9、複数選択)

	件数	割合 n=40
6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある	37	92.5%
自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)	29	72.5%
家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	13	32.5%
行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	4	10.0%
自傷や自殺を企てたことがある	13	32.5%
家族への暴力、暴言、拒絶がある	6	15.0%
警察・保健所介入歴がある	12	30.0%
定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	7	17.5%
外来受診をしなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	5	12.5%
自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	19	47.5%
直近の入院は措置入院である	3	7.5%
日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	7	17.5%
家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	0	0.0%
支援をする家族がない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	10	25.0%
同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)	7	17.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

なお、包括的支援マネジメント導入基準の該当個数をみると、「1 個」、「4 個」が最も多く 17.5%、次いで「2 個」、「5 個」が 15.0%、「7 個」が 12.5%となっている。全体の平均該当個数は 4.3 個である。

図表 2-32 包括的支援マネジメント導入基準の該当個数(問9)

	件数	割合 n=40
1個	7	17.5%
2個	6	15.0%
3個	3	7.5%
4個	7	17.5%
5個	6	15.0%
6個	2	5.0%
7個	5	12.5%
8個	0	0.0%
9個	1	2.5%
10個	3	7.5%
平均	4.30	-
標準偏差	2.64	-

j) 公認心理師参画時点での CGI-S(重症度)

「中等度の精神疾患」の割合が最も高く 32.5%となっている。次いで、「顕著な精神疾患」が 27.5%、「重度の精神疾患」が 20.0%となっている。

図表 2-33 公認心理師参画時点での CGI-S(重症度)(問 10)

	件数	割合 n=40
正常	0	0.0%
精神疾患の境界線上	2	5.0%
軽度の精神疾患	5	12.5%
中等度の精神疾患	13	32.5%
顕著な精神疾患	11	27.5%
重度の精神疾患	8	20.0%
非常に重度の精神疾患	1	2.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

k) 患者の療養生活継続支援加算の有無

療養生活継続支援加算の算定「なし」が 82.5%、算定「あり」は 17.5%となっている。

図表 2-34 療養生活継続支援加算の有無(問11)

	件数	割合 n=40
あり	7	17.5%
なし	33	82.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

l) 患者の精神科医療機関の初診時期

「2017～2021年」の割合が最も高く32.5%となっている。次いで、「～2003年」、「2022年以降」が25.0%、「2004～2016年」が17.5%となっている。

図表 2-35 患者の精神科医療機関の初診時期(問12)

	件数	割合 n=40
～2003年	10	25.0%
2004～2016年	7	17.5%
2017～2021年	13	32.5%
2022年以降	10	25.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

② 支援体制

a) 公認心理師が多職種チームに参画して支援を行った期間

「1年以上2年未満」の割合が最も高く47.5%となっている。次いで「2年以上」が42.5%となっている。1年以上の割合が、合わせて90.0%となっている。

図表 2-36 公認心理師が多職種チームに参画して支援を行った期間(問13)

	件数	割合 n=40
6カ月未満	1	2.5%
6カ月以上1年未満	3	7.5%
1年以上2年未満	19	47.5%
2年以上	17	42.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

b) 包括的支援マネジメントに参画した多職種チームの構成職種(医師を除く)

「臨床心理士・公認心理師」を除くと、「看護師」の割合が最も高く75.0%となっている。次いで「精神保健福祉士」が70.0%、「その他」が42.5%となっている。

なお、「その他」には、社会福祉士、相談支援員、グループホーム職員、就労支援を行う職種(ハローワーク職員、就労支援員等)等が挙げられている。

図表 2-37 包括的支援マネジメントに参画した多職種チームの構成職種(医師を除く)(問14、複数選択)

	件数	割合 n=40
看護師	30	75.0%
保健師	11	27.5%
精神保健福祉士	28	70.0%
臨床心理士・公認心理師	40	100.0%
作業療法士	12	30.0%
薬剤師	4	10.0%
その他	17	42.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

c) 多職種協働の形式

「院内の多職種による情報共有」の割合が最も高く 92.5%となっている。次いで「院外機関も含めた多職種による情報共有」が 87.5%、「院内の多職種によるケア会議(患者・家族不参加)」と「院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者参加)」が 37.5%となっている。

図表 2-38 多職種協働の形式(問15、複数選択)

	件数	割合 n=40
院内の多職種による情報共有	37	92.5%
院内の多職種によるケア会議(家族参加)	5	12.5%
院内の多職種によるケア会議(患者参加)	12	30.0%
院内の多職種によるケア会議(患者・家族参加)	9	22.5%
院内の多職種によるケア会議(患者・家族不参加)	15	37.5%
院外機関も含めた多職種による情報共有	35	87.5%
院外機関も含めた多職種によるケア会議(家族参加)	2	5.0%
院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者参加)	15	37.5%
院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者・家族参加)	8	20.0%
院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者・家族不参加)	10	25.0%
その他	1	2.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

③ ケースマネジメント

a) 包括的支援マネジメントにおける公認心理師の位置づけ

「主担当者」である割合が 55.0%、「チーム構成員」である割合が 45.0%となっている。

図表 2-39 包括的支援マネジメントにおける公認心理師の位置づけ(問16)

	件数	割合 n=40
主担当者	22	55.0%
チーム構成員	18	45.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

b) 公認心理師の多職種チームへの参画のタイミング

「多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続」の割合が最も高く 65.0%となっている。次いで、「多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続」が 17.5%、「多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続」が 12.5%となっている。

なお、「多職種チームでの支援を始めた当初から参画」している割合は 80.0%、「多職種チームでの支援開始後、途中から参画」している割合は 20.0%となっている。

また、「多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続」している割合は 82.5%、「多職種チームでの支援終了後も支援を継続」している割合は 15.0%、「多職種チーム支援の途中で参画を終了」している割合は 2.5%となっている。

図表 2-40 公認心理師の多職種チームへの参画のタイミング(問17)

	件数	割合 n=40
多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続	26	65.0%
多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チーム支援の途中で参画を終了	1	2.5%
多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続	5	12.5%
多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続	7	17.5%
多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チーム支援の途中で参画を終了	0	0.0%
多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続	1	2.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

c) 公認心理師参画時点において多職種チームで実施されていたケースマネジメントの内容

「院外関係機関との連携・情報共有」の割合が最も高く 75.0%となっている。次いで、「ケア会議の実施」が 62.5%、「支援方針の検討・支援計画の作成」と「服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)」が 50.0%となっている。ただし、n 値が 8 であり非常に少ない点には十分留意が必要である。

図表 2-41 公認心理師参画時点において多職種チームで実施されていたケースマネジメントの内容
(問18、複数選択)

	件数	割合 n=8
参画職種の検討とチーム編成	2	25.0%
アセスメントの実施	3	37.5%
支援方針の検討・支援計画の作成	4	50.0%
医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	3	37.5%
院外関係機関との連携・情報共有	6	75.0%
ケア会議の実施	5	62.5%
ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	3	37.5%
居住に関する支援	3	37.5%
就労・就学(復職・復学)支援	3	37.5%
診察同行・診察の促し・入退院の調整	0	0.0%
服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	4	50.0%
家族支援	2	25.0%
危機介入	2	25.0%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

※「公認心理師の多職種チームへの参画のタイミング(問17)」で「多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続」、「多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チーム支援の途中で参画を終了」、「多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続」のいずれかを回答した方を対象とした設問。

d) 包括的支援マネジメントへの公認心理師の関与の程度

「公認心理師が中心的に実施」した業務は、「医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有」の割合が最も高く 80.0%となっている。次いで、「アセスメントの実施」と「院外関係機関との連携・情報共有」が 67.5%、「支援方針の検討・共有や支援計画の作成」が 55.0%となっている。

「公認心理師は補助的に関与」した業務は、「ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)」の割合が最も高く 50.0%となっている。次いで、「服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)」が 47.5%、「ケア会議の実施」が 45.0%となっている。

なお、「公認心理師が中心的に実施」と「公認心理師は補助的に関与」を合計した、公認心理師が何らかの形で関与した割合は、基本機能においては全ての業務において 70%以上となっており、特に「アセスメントの実施」、「支援方針の検討・共有や支援計画の作成」、「医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有」、「院外関係機関との連携・情報共有」には 90%以上で公認心理師が関与している。また、付加的機能においては、「居住に関する支援」を除く業務において 60%以上となっている。

図表 2-42 各業務への包括的支援マネジメントへの公認心理師の関与の程度(問19-1)

(n=40)		公認心理師が 中心的に実施	公認心理師は 補助的に関与	チームとしては 実施したが 公認心理師は 関与はしていない	チームとして 実施していない (公認心理師も 実施していない)	無回答・ 無効回答
基本 機能	参画職種の検討とチーム編成	<u>52.5%</u>	30.0%	15.0%	2.5%	0.0%
	アセスメントの実施	<u>67.5%</u>	32.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	支援方針の検討・共有や支援計画の作成	<u>55.0%</u>	37.5%	5.0%	2.5%	0.0%
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	<u>80.0%</u>	17.5%	0.0%	2.5%	0.0%
	院外関係機関との連携・情報共有	<u>67.5%</u>	32.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	ケア会議の実施	32.5%	<u>45.0%</u>	7.5%	15.0%	0.0%
付 加 的 機 能	ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	12.5%	<u>50.0%</u>	17.5%	20.0%	0.0%
	居住に関する支援	2.5%	30.0%	20.0%	<u>45.0%</u>	2.5%
	就労・就学(復職・復学)支援	25.0%	<u>42.5%</u>	2.5%	27.5%	2.5%
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	25.0%	<u>35.0%</u>	7.5%	32.5%	0.0%
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	32.5%	<u>47.5%</u>	10.0%	7.5%	2.5%
	家族支援	<u>37.5%</u>	27.5%	7.5%	22.5%	5.0%
	危機介入	22.5%	<u>37.5%</u>	5.0%	25.0%	10.0%

※「参画職種の検討とチーム編成」から「危機介入」までの各項目に、最も割合の高い選択肢に下線を付している。

e) 公認心理師が中心的に遂行することが望まれる業務

基本機能においては、「アセスメントの実施」の割合が最も高く 90.0%となっている。次いで、「医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有」と「院外関係機関との連携・情報共有」が 87.5%、「支援方針の検討・支援計画の作成」が 72.5%となっている。

付加的機能においては、「家族支援」の割合が最も高く 60.0%となっている。次いで、「ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)」が 35.0%、「就労・就学(復職・復学)支援」と「診察同行・診察の促し・入退院の調整」が 32.5%となっている。

図表 2-43 公認心理師が中心的に遂行することが望まれる業務(問 19-2、複数選択)

	件数	割合 n=40
基本機能	参画職種の検討とチーム編成	20 50.0%
	アセスメントの実施	36 90.0%
	支援方針の検討・支援計画の作成	29 72.5%
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	35 87.5%
	院外関係機関との連携・情報共有	35 87.5%
	ケア会議の実施	20 50.0%
付加的機能	ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	14 35.0%
	居住に関する支援	6 15.0%
	就労・就学(復職・復学)支援	13 32.5%
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	13 32.5%
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	12 30.0%
	家族支援	24 60.0%
	危機介入	12 30.0%

④ 公認心理師の直接支援

a) 多職種チーム参画期間を通じた心理支援の方法

「心理教育(疾病理解、クライシスプラン等)」の割合が最も高く 85.0%となっている。次いで、「他職種へのコンサルテーション」が82.5%、「外来での心理面接(個人)」が80.0%となっている。

図表 2-44 多職種チーム参画期間を通じた心理支援の方法(問20)

	件数	割合 n=40
心理検査の実施	12	30.0%
外来での心理面接(個人)	32	80.0%
外来での心理支援(集団)	8	20.0%
外来での心理支援(家族)	15	37.5%
心理教育(疾病理解、クライシスプラン等)	34	85.0%
訪問(自宅、職場、日中活動場所等)での心理支援(個人)	12	30.0%
訪問での心理支援(家族)	5	12.5%
院外の他機関等への同行	13	32.5%
他職種へのコンサルテーション	33	82.5%
その他	2	5.0%
実施していない	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

b) 患者に対する心理支援の頻度

「2週に1回」以下の割合（「実施していない」も含む）をみると、「参画時点～3カ月時点」では70.0%、「3カ月時点～6カ月時点」では77.5%、「6カ月時点～9カ月時点」では80.0%、「9カ月時点～1年時点」では82.5%となっており、時間の経過とともに低頻度の選択肢の回答割合が増加している。

図表 2-45 患者に対する心理支援の頻度(問21)

(n=40)	参画時点 ～3カ月時点	3カ月時点 ～6カ月時点	6カ月時点 ～9カ月時点	9カ月時点 ～1年時点
1週に3回以上	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%
1週に2回	2.5%	0.0%	2.5%	7.5%
1週に1回	27.5%	22.5%	15.0%	10.0%
2週に1回	37.5%	32.5%	37.5%	35.0%
3週に1回	7.5%	7.5%	5.0%	5.0%
1カ月に1回	22.5%	35.0%	25.0%	22.5%
期間内に1～2回	2.5%	2.5%	10.0%	17.5%
実施していない	0.0%	0.0%	2.5%	2.5%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

c) 心理支援1回当たりの時間

全期間を通じて、「30分以上60分未満」の回答割合が最も高くなっている。

図表 2-46 心理支援1回当たりの時間(問22)

(n=40)	参画時点 ～3カ月時点	3カ月時点 ～6カ月時点	6カ月時点 ～9カ月時点	9カ月時点 ～1年時点
60分以上	22.5%	15.0%	15.0%	10.0%
30分以上60分未満	42.5%	57.5%	55.0%	55.0%
30分未満	35.0%	27.5%	27.5%	32.5%
実施していない	0.0%	0.0%	2.5%	2.5%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

⑤ 効果

a) GAF の推移

「参画時点」においては、「31～40 点」の割合が最も高く 30.0%であり、平均値は 43.8 点となっている。「6 カ月後時点」においては、「41～50 点」の割合が最も高く 40.0%であり、平均値は 49.6 点となっている。そして「1 年後時点」においては、「61～70 点」の割合が最も高く 27.5%であり、平均値は 53.2 点となっている。

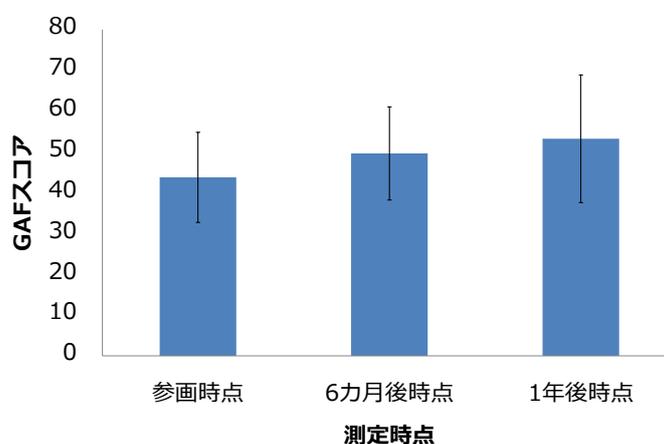
図表 2-47 GAF の推移(問 23)

(n=40)	参画時点	6カ月後時点	1年後時点
0点	0.0%	0.0%	0.0%
1～10点	0.0%	0.0%	2.5%
11～20点	0.0%	0.0%	0.0%
21～30点	15.0%	7.5%	7.5%
31～40点	30.0%	10.0%	7.5%
41～50点	27.5%	40.0%	22.5%
51～60点	20.0%	22.5%	22.5%
61～70点	7.5%	20.0%	27.5%
71～80点	0.0%	0.0%	10.0%
81～90点	0.0%	0.0%	0.0%
91～100点	0.0%	0.0%	0.0%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%	0.0%
平均値	43.8	49.6	53.2
最大値	65	70	75
最小値	21	21	5
標準偏差	11.1	11.4	15.7

GAF スコアの時間変化を検討するため、1 要因の繰り返しあり分散分析を実施した。その結果、時間の主効果は有意であった($F(1.25, 48.66) = 19.34, p < .001, \eta^2 = .33$) (Greenhouse-Geisser 補正 ($\epsilon = .62$)を適用した値)。Bonferroni 補正を用いたペアワイズ比較の結果、参画時点と6 カ月後($p < .001$)、参画時点と1 年後($p < .001$)に有意なスコアの向上が認められたが、6 カ月後と1 年後の間には有意な差が認められなかった($p = .074$)。

この結果は、公認心理師の支援において、参画後 6 か月以内に GAF スコアが有意に向上し、その後維持されていることを示唆する。

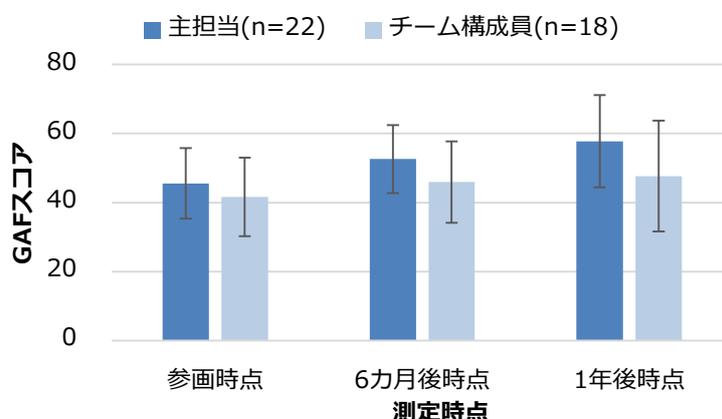
図表 2-48 GAF スコアの推移(エラーバーは標準偏差)



※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれていないため、公認心理師の効果を示唆する参考値である点に留意。

なお、参考値ではあるが、公認心理師のチームでの立ち位置(主担当の場合とチーム構成員の場合)を加味し、GAF スコアの推移をグラフにしたものが以下の図表である。

図表 2-49 公認心理師のチームでの立ち位置別の GAF スコアの推移(エラーバーは標準偏差)



※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれていないため、公認心理師の効果を示唆する参考値である点に留意。また、n 値が限られる点にも留意。

※主担当とチーム構成員による効果の相違については、継続的な調査研究が望まれる。

b) CGI-I(改善度)

6 カ月後時点では「少し良くなった」の割合が最も高く 50.0%となっており、次いで「変わらなかった」が 40.0%となっている。1 年後時点では、「少し良くなった」の割合が最も高く 55.5%となっており、次いで「良くなった」が 32.5%となっている。

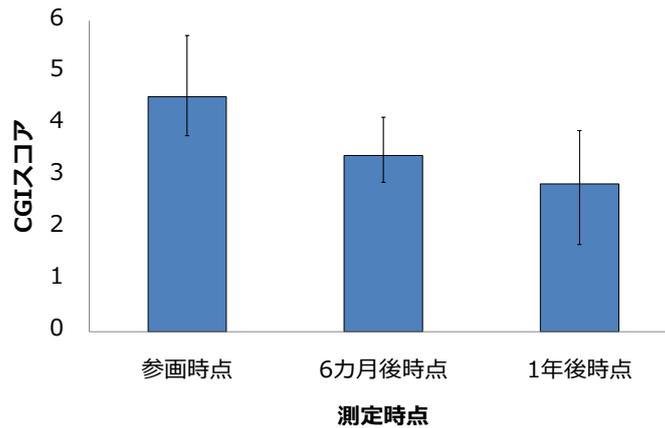
図表 2-50 CGI-I(改善度)(問 24)

(n=40)	6カ月後時点	1年後時点
非常に良くなった	0.0%	2.5%
良くなった	7.5%	32.5%
少し良くなった	50.0%	55.0%
変わらなかった	40.0%	2.5%
少し悪くなった	0.0%	5.0%
悪くなった	2.5%	0.0%
非常に悪くなった	0.0%	2.5%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%

CGI スコア(非常に良くなった:1~非常に悪くなった:7)の時間変化について、1 要因の繰り返しあり分散分析を実施した。その結果、時間の主効果は有意であった($F(2, 78) = 33.60, p < .001, \eta^2 = .46$)。Bonferroni 補正を用いたペアワイズ比較の結果、参画時点と 6 カ月後($p < .001$)、参画時点と 1 年後($p < .001$)、6 カ月後と 1 年後($p = .033$)のすべての比較において有意なスコアの低下が認められた。

この結果は、公認心理師の支援において、時間の経過とともに CGI スコアが有意に低下していることを示している。

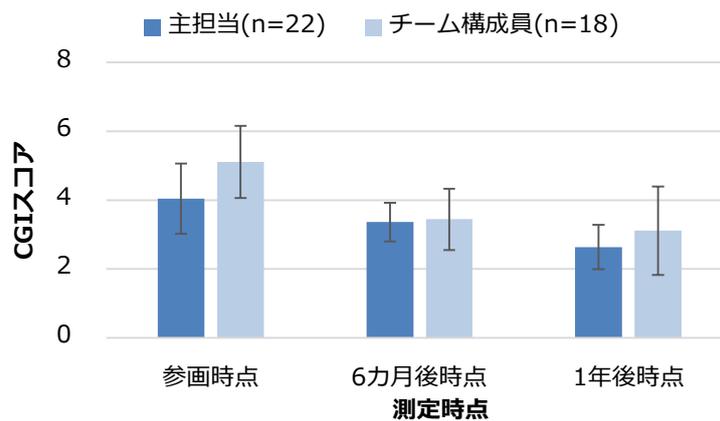
図表 2-51 CGI スコアの推移(エラーバーは標準偏差)



※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれていないため、公認心理師の効果を示唆する参考値である点に留意。

なお、参考値ではあるが、公認心理師のチームでの立ち位置(主担当の場合とチーム構成員の場合)を加味し、CGI スコアの推移をグラフにしたものが以下の図表である。

図表 2-52 公認心理師のチームでの立ち位置別の CGI スコアの推移(エラーバーは標準偏差)



※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれていないため、公認心理師の効果を示唆する参考値である点に留意。また、n 値に限られる点にも留意。

※主担当とチーム構成員による効果の相違については、継続的な調査研究が望まれる。

c) 予約外受診回数

公認心理師の参画3カ月前から参画時点までの予約外受診回数は、「なし」の割合が最も高く80.0%となっており、「1回」が7.5%、「2回以上」が12.5%となっている。

参画9カ月後時点から1年後時点までの予約外受診回数は、「なし」の割合が最も高く75.0%となっており、「1回」が7.5%、「2回以上」が17.5%となっている。

図表 2-53 予約外受診回数(問25)

(n=40)	参画3カ月前 ~参画時点	参画9カ月後時点 ~1年後時点
なし	80.0%	75.0%
1回	7.5%	7.5%
2回以上	12.5%	17.5%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%

d) 公認心理師の参画前後1年間における入院の状況

公認心理師の参画前後1年間における入院回数をみると、参画前1年間では「入院なし」が77.5%、「1回」が22.5%となっている。一方で参画後1年間では、「入院なし」が90.0%、「1回」が7.5%、「2回以上」が2.5%となっている。

また、公認心理師の参画前後1年間における1回当たり平均入院日数をみると、参画前1年間では201.3日であるが、参画後1年間では55.1日となっている。

図表 2-54 公認心理師の参画前後1年間における入院回数(問26)

(n=40)	参画前 1年間	参画後 1年間
入院なし	77.5%	90.0%
1回	22.5%	7.5%
2回以上	0.0%	2.5%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%

図表 2-55 公認心理師の参画前後1年間における総入院日数(問26)

	参画前 1年間 n=9	参画後 1年間 n=4
30日未満	22.2%	0.0%
180日未満	33.3%	100.0%
180日以上	44.4%	0.0%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%
平均値	201.3	60.0
最大値	638	123
最小値	4	32
1回当たり平均入院日数	201.3	55.1

※「1回当たり平均入院日数」は、各患者の1回当たりの入院日数について平均値を取ったものである。一方、表中段の「平均値」は、各患者の総入院日数の平均値を取ったものである。

e) 公認心理師の参画による患者への効果に関する自由記述

ヒアリング調査で得られた患者への効果に関する中項目に、自由記述の回答結果を整理すると、以下の図表のように整理できる。

「ニーズ把握やアセスメントの精度向上」が最も多く32件、次いで「社会資源へのつながりや地域生活の維持」が28件、「支援とのつながりづくり」が17件となっている。

図表 2-56 公認心理師の参画による患者への効果(問 27、自由記述)

中項目	意見例	件数
ニーズ把握やアセスメントの精度向上	<ul style="list-style-type: none"> ・病状に対する心理的な背景を推察し、スタッフに伝えることで、本人理解の解像度を高めることができる。 ・公認心理師が関わったことにより、知的な機能の限界、対人関係能力における制限があることも見立てることができ、それを本人とも共有することができた。 ・患者の主観報告(自己報告)だけではとらえきれない問題の本質について、心理検査を含めて明らかにできる。 ・面接内容を、本人の同意のもと関係者と共有することで、本人が短時間では伝えきれなかった情報を共有でき、関係者の持つご本人像がよりクリアになった。 	32
社会資源へのつながりや地域生活の維持	<ul style="list-style-type: none"> ・住居を整えた(グループホーム入所)ことで就労につながり、現在も継続できている。 ・B型支援事業所を利用するにあたり、当該施設職員、計画相談職員と連携。本人と公認心理師とで共同して障害特性を伝えることができた。 ・就労継続支援事業所の職員に精神疾患の特性、理解力の特性について説明ができ、その後の支援の基盤としていただけた。 ・家庭と学校において問題を抱えていた患者にプレイセラピーを実施し、患者の心理に寄り添った見立てを家庭と学校に共有したことで、患者についての理解を促した。 	28
支援とのつながりづくり	<ul style="list-style-type: none"> ・通院継続の動機付けをはかることができた。 ・他者への不信感が強い患者との信頼関係を築き、支援者とのパイプ役になった。 ・院外関係機関からの事前情報を基に関係者との連絡調整を通して、患者に少しでも安心して受診してもらえるような環境を調整。 	17
家族支援(患者理解、疾病理解、心理教育)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に疾病教育を行うことで患者理解が促進され、家族とのコミュニケーションが促進された。 ・家族に対して、発達特性に関する心理教育を行い、患者の状態及び対応に関する理解を促した。 	15
自己理解・自己効力感・自己決定の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・病気を否認する傾向がみられたが、本人の納得いかない思いを十分に受け止め、さらに疾病教育をすることで、病気の受け入れ及び疾病理解が促進され、通院・服薬の継続を維持できている。 ・症状を主体的に把握することで主治医との服薬調整時の相談が具体的な材料を通じて行われるようになった。 	15
症状や問題行動の軽減	<ul style="list-style-type: none"> ・確実な内服により症状が若干安定し、デイケア活動に参加できるようになった。 ・自殺念慮、自殺企図に対して、トラウマインフォームドケアに基づく支援を行い訴えが改善した。 	9
自己管理・対処スキル・能力構築	<ul style="list-style-type: none"> ・面接を通し症状を対象化することで、躁うつ波や疲労感を自覚し、少しずつ自己調整できるようになった。 	3
対人関係の維持・構築	<ul style="list-style-type: none"> ・セルフモニタリングや他者の気持ちの理解が苦手で、客観評価とギャップのある患者に対し、自己理解や他者理解が向上するような対話や心理教育ができる。 	1

⑥ 転帰

- a) 公認心理師の多職種チーム参画から1年後時点での包括的支援マネジメントの実施状況
「継続」の割合が最も高く90.0%となっており、次いで「終了」が7.5%、「中断」が2.5%となっている。

図表 2-57 参画から1年後時点での包括的支援マネジメントの実施状況(問28)

	件数	割合 n=40
継続	36	90.0%
終了	3	7.5%
中断	1	2.5%
無回答・無効回答	0	0.0%

- b) 包括的支援マネジメントを「終了」「中断」した理由

「包括的支援マネジメントの目的達成」の割合が最も高く75.0%となっており、次いで「入院」が25.0%となっている。

図表 2-58 包括的支援マネジメントを「終了」「中断」した理由(問28)

	件数	割合 n=4
入院	1	25.0%
転院	0	0.0%
本人や家族の拒否	0	0.0%
死亡	0	0.0%
包括的支援マネジメントの目的達成	3	75.0%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

※「公認心理師の多職種チーム参画から1年後時点での包括的支援マネジメントの実施状況(問28)」で「終了」あるいは「中断」を回答した方を対象とした設問。

(3) 他職種票の調査結果

① 回答職種

「精神保健福祉士」が42.1%、「看護師」が26.3%、「医師」が21.1%となっている。

図表 2-59 回答職種(他:問1)

	件数	割合 n=19
医師	4	21.1%
看護師	5	26.3%
保健師	0	0.0%
精神保健福祉士	8	42.1%
薬剤師	1	5.3%
その他	1	5.3%
無回答・無効回答	0	0.0%

② 包括的支援マネジメントの各業務を公認心理師が実施することに対する他職種の評価

a) 公認心理師が各業務において中心的な役割を担う場合の評価

基本機能は、「院外関係機関との連携・情報共有」を除く全ての項目において、「チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う」が最も高い割合になっている。

付加的機能は、「ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)」、「就労・就学(復職・復学)支援」、「家族支援」、「危機介入」において、「チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う」が最も高い割合になっている。一方で、「居住に関する支援」、「診察同行・診察の促し・入退院の調整」、「服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)」については、「他職種が実施したほうが良いと思う」の割合が最も高くなっている。

図表 2-60 公認心理師が各業務において中心的な役割を担う場合の評価(他:問2-1)

	(n=19)	チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う	チームとして求められる役割を適切に果たせると思う	他職種が実施したほうが良いと思う	わからない	無回答・無効回答
基本機能	参画職種の検討とチーム編成	52.6%	42.1%	5.3%	0.0%	0.0%
	アセスメントの実施	84.2%	15.8%	0.0%	0.0%	0.0%
	支援方針の検討・共有や支援計画の作成	47.4%	47.4%	5.3%	0.0%	0.0%
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	47.4%	47.4%	5.3%	0.0%	0.0%
	院外関係機関との連携・情報共有	31.6%	52.6%	5.3%	10.5%	0.0%
	ケア会議の実施	63.2%	31.6%	5.3%	0.0%	0.0%
付加的機能	ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	36.8%	31.6%	31.6%	0.0%	0.0%
	居住に関する支援	5.3%	42.1%	52.6%	0.0%	0.0%
	就労・就学(復職・復学)支援	47.4%	42.1%	10.5%	0.0%	0.0%
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	10.5%	42.1%	47.4%	0.0%	0.0%
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	42.1%	5.3%	52.6%	0.0%	0.0%
	家族支援	68.4%	31.6%	0.0%	0.0%	0.0%
危機介入	63.2%	26.3%	10.5%	0.0%	0.0%	

b) 公認心理師が各業務において補助的な役割を担う場合の評価

基本機能は、全ての項目において、「チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う」が最も高い割合になっている。

付加的機能は、「ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)」、「就労・就学(復職・復学)支援」、「家族支援」において、「チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う」が最も高い割合になっている。一方で、「服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)」については、「チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う」に加え、「他職種が実施したほうが良いと思う」の割合が最も高くなっている。

図表 2-61 公認心理師が各業務において補助的な役割を担う場合の評価(他:問 2-2)

(n=19)		チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う	チームとして求められる役割を適切に果たせると思う	他職種が実施したほうが良いと思う	わからない	無回答・無効回答
基本機能	参画職種の検討とチーム編成	78.9%	15.8%	5.3%	0.0%	0.0%
	アセスメントの実施	84.2%	15.8%	0.0%	0.0%	0.0%
	支援方針の検討・共有や支援計画の作成	63.2%	31.6%	5.3%	0.0%	0.0%
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	57.9%	36.8%	5.3%	0.0%	0.0%
	院外関係機関との連携・情報共有	52.6%	42.1%	5.3%	0.0%	0.0%
	ケア会議の実施	63.2%	31.6%	5.3%	0.0%	0.0%
付加的機能	ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	47.4%	42.1%	10.5%	0.0%	0.0%
	居住に関する支援	21.1%	52.6%	26.3%	0.0%	0.0%
	就労・就学(復職・復学)支援	52.6%	36.8%	10.5%	0.0%	0.0%
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	36.8%	36.8%	26.3%	0.0%	0.0%
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	36.8%	26.3%	36.8%	0.0%	0.0%
	家族支援	52.6%	36.8%	5.3%	0.0%	5.3%
	危機介入	47.4%	47.4%	0.0%	0.0%	5.3%

③ 公認心理師の参画効果について

a) 患者への効果

公認心理師の参画による患者への効果は、「専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上」が最も多く 15 件となっている。次いで、「患者の安心感や自己・状況理解の促進」が 6 件、「他職種が困難を感じるケースの対応・助言が可能」が 5 件、「専門的な心理的介入による治療的効果」が 5 件となっている。

図表 2-62 公認心理師の参画による患者への効果(他:問 3-1)

大項目	意見例(要約)	件数
専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 知的ならびに認知機能を客観的に評価し、それに基づいた介入方法を計画。 ・ 潜在的ニーズへの洞察。 ・ 症状や疾患名で患者を評価せず、個別性を尊重。 	15
患者の安心感や自己・状況理解の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の特性を理解して対応でき、患者から安心と信頼を得やすくなる。 ・ 精神科的状态像や認知機能を踏まえた適切なコミュニケーションで患者の安心や状況理解を促進。 	6
他職種が困難を感じるケースの対応・助言が可能	<ul style="list-style-type: none"> ・ PTSD など難しい心理的サポートが必要な患者のマネジメントが期待出来る。 ・ 関係構築が難しい方や自殺リスクの高い方等、継続的に心理的なアセスメントが必要な方のマネジメントに効果的。 	5
専門的な心理的介入による治療的効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 科学的・合理的介入による患者の行動変容の促進。 ・ 当事者の主体性や心理的安全性を配慮した危機介入。 	5
患者と支援者の円滑な橋渡し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 面談等を通じて一対一の関係が出来ている公認心理師が参加することで、患者が他職種を受け入れやすくなる。 	2

b) 他職種・チームへの効果

公認心理師の参画による他職種・チームへの効果は、「専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上」が 10 件、「チームビルディングの促進(対立・葛藤の緩和、チーム力動の理解、心理的安全性等)」が 7 件、「他職種のスキルアップや患者理解の促進」が 7 件となっている。

図表 2-63 公認心理師の参画による他職種・チームへの効果(他:問 3-2)

大項目	意見例(要約)	件数
専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者、家族の内的世界や力動面の理解をチームにもたらす。 ・ 適切な心理的なアセスメントに基づく患者・家族・地域・支援者の力動の分析が効果的な多職種連携を産む。 ・ 心理的葛藤やトラウマチックなエピソードなどの情報を公認心理師は把握している。 	10
チームビルディングの促進(対立・葛藤の緩和、チーム力動の理解、心理的安全性等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ チーム内力動に対する理解・洞察と効果的介入。 ・ 心理的安全性や集団力動に配慮しながらチームビルディングに貢献。 ・ 医療スタッフ間の摩擦を緩和する働きかけやスタッフの心のケア。 	7
他職種のスキルアップや患者理解の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者さんへの説明の仕方(言葉の選び方や伝え方)が学びになる。 ・ 患者の心理行動面の特徴や対処法について心理学的知見を踏まえた助言。 	7
他職種が困難を感じるケースの対応・助言が可能	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニケーションがとりにくい患者との関係形成に専門的な立場で助言。 	3
支援者間の役割分担や円滑な連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職種間の橋渡しの役割を担う。 	2

第3章 作業療法士に関する調査結果

1 ヒアリング調査結果

本節では、作業療法士に対して実施したヒアリング調査の結果を掲載する。まず、調査対象の概要として、医療機関やインタビュー、収集した事例の概要について整理する。その上で、収集した事例について、次の視点から整理した結果を掲載する。すなわち、「作業療法士が包括的支援マネジメントに参画した経緯」、「包括的支援マネジメントにおける作業療法士の取組内容(関係構築、アセスメント、支援計画、直接支援、院内外との連携、アウトリーチ)」、「作業療法士の参画効果」である。各事例を個別に整理した結果については、資料編の事例個票を参照いただきたい。最後に、ハンドブック作成に向けたニーズ調査として実施したヒアリングの結果について、作業療法士の参画が望まれる患者像、作業療法士の参画のための組織上の工夫、そして作業療法士が参画する上での課題と望まれる支援策を整理する。

(1) 調査対象の概要

a) 医療機関及びインタビューの概要

作業療法士に対するヒアリング調査への協力医療機関は全部で6機関であった。内訳は、精神科病院が3件、クリニックが3件であった。

インタビューの概要は以下の図表のとおりである。一部の医療機関については、作業療法士以外の職種の方にも同席いただき、ご意見を伺った。

図表 3-1 インタビューの概要

		(単位:人)	
		インタビュー全体	うち作業療法士
性別	女性	5	3
	男性	4	4
職種	作業療法士	7	7
	精神保健福祉士	1	0
	看護師	1	0
配属部署	地域連携室・医療福祉相談室等	4	3
	訪問看護部門	3	2
	デイケア科	2	2
精神科経験年数	0～9年	1	0
	10～19年	3	3
	20年以上	5	4
多職種連携経験年数	0～9年	1	0
	10～19年	4	4
	20～30年	4	3

b) 事例の概要

全11事例の内訳は、作業療法士が「主担当」の事例が5件、「チーム構成員」の事例が6件となっている。患者の性別は「女性」が3件、「男性」が8件となっている。また、患者の年代は、「30歳代」、「60歳代」の事例が最も多く3件、次いで「40歳代」、「50歳代」の事例が2件、「20歳代」の事例が1件となっている。

図表 3-2 事例の概要

		件数	割合 n=11
作業療法士の立ち位置	主担当	5	45.5%
	チーム構成員	6	54.5%
患者の性別	女性	3	27.3%
	男性	8	72.7%
患者の年代	10歳代	0	0.0%
	20歳代	1	9.1%
	30歳代	3	27.3%
	40歳代	2	18.2%
	50歳代	2	18.2%
	60歳代	3	27.3%
	70歳代	0	0.0%
	80歳代	0	0.0%

全 11 事例の患者の ICMSS は、「自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)」の件数が最も多く 10 件、次いで「6 か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある」が 9 件、「日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある」が 6 件となっている。

図表 3-3 事例の患者の ICMSS

		件数	割合 n=11
患者のICMSS	6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある	9	81.8%
	自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)	10	90.9%
	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	5	45.5%
	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	3	27.3%
	自傷や自殺を企てたことがある		0.0%
	家族への暴力、暴言、拒絶がある	2	18.2%
	警察・保健所介入歴がある	3	27.3%
	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	1	9.1%
	外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	1	9.1%
	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	5	45.5%
	直近の入院は措置入院である	1	9.1%
	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	6	54.5%
	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている		0.0%
	支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	4	36.4%
	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)	4	36.4%

(2) ヒアリング調査の整理結果

① 作業療法士が包括的支援マネジメントに参画した経緯について

作業療法士が多職種チームによる包括的支援マネジメントに参画した経緯を整理すると、下記の図表のように整理できる。

大項目「患者との関係性」においては、「作業療法士と患者に継続的な関係性が既にあった」が挙がっていた。また、大項目「対応が求められていた課題」については、事例により様々な課題があり体系的な整理が困難ではあるものの、「一人暮らしに向けた支援」、「身体機能面に関する介入の必要性」、「安全・安心の獲得」といった事例が多くなっていた。その他にも、「ストレス対処法の習得」、「地域への定着」、「居場所づくり」、「就労に向けた体力づくり」なども挙がっていた。

大項目としてその他に、「支援アプローチの見直しや導入」をきっかけとしている事例や、「他職種・他機関から作業療法士の参画相談」があった事例が挙がっていた。他職種からの参画依頼としては、「精神保健福祉士からの参画提案」が挙がっていた。

なお、ヒアリングで取り上げられた事例では、参画の経緯としてこれらの項目が複数組み合わせられていた。

図表 3-4 作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画経緯

大項目	中項目	件数
患者との関係性	作業療法士と患者に継続的な関係性が既にあった	2
対応が求められていた課題	一人暮らしに向けた支援	4
	身体機能面に関する介入の必要性	2
	安全・安心の獲得	2
	ストレス対処法の習得	1
	地域への定着	1
	症状の軽減	1
	居場所づくり	1
	発散・気分転換・楽しみづくり	1
	就労に向けた体力づくり	1
支援アプローチの見直しや導入	デイケアの利用開始	1
	訪問看護の利用開始	1
	就労支援の開始	1
他職種・他機関から作業療法士の参画相談	精神保健福祉士からの参画提案	2
	相談支援事業所から作業療法士に支援依頼	1

② 包括的支援マネジメントにおける作業療法士の取組内容について

a) 関係構築における作業療法士の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、関係構築における作業療法士の取組内容を整理すると、下記の図表のように整理できる。

大項目としては、「支援の窓口・他支援者と患者の間を取り持つ」、「患者理解を深める」、「信頼関係の構築」が挙げられる。

中項目として多くの意見が挙がっていたのは、「患者との関係づくりのポイントを他職種と共有」すること、「患者の負担や安心感への慎重な配慮」をすること、「患者の好み・趣味・強みの理解(ストレングスアセスメントの利用)」、そして「患者と支援者の顔合わせを仲介」や、「医療者としての関わりを控える」、「患者の意見・プライドの尊重」である。

このように、作業療法士は、患者の好み・趣味・強みといった患者のストレングスを中心として患者理解を深めながら、医療者としての関わりを控え、患者の意見やプライドを尊重しつつ信頼関係を構築している。そして、その関係構築のポイントを他職種と共有したり、他職種と患者の顔合わせを仲介したりしている。また、患者の負荷を作業療法士の観点から評価し、無理なく支援を受け続けられるように調整することで、患者を支援につなぐことに貢献している。

図表 3-5 関係構築における作業療法士の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
支援の窓口・他支援者と患者の間を取り持つ	患者との関係づくりのポイントを他職種と共有	<ul style="list-style-type: none"> 患者の特性を他の支援者と共有。 チームに対して患者の人柄を踏まえて関係構築のポイントを助言。 	4
	患者の負担や安心感への慎重な配慮	<ul style="list-style-type: none"> 患者が無理なくデイケアへ来られるようなプログラムを提案し信頼関係を構築。 話をする時間を短くし、事実を聞くことを意識。 	4
	患者と支援者の顔合わせを仲介	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法士がケア会議を開催し、患者と支援者チームとの顔合わせを行い、支援者側の役割分担を患者に説明。 	3
患者理解を深める	患者の好み・趣味・強みの理解(ストレングスアセスメントの利用)	<ul style="list-style-type: none"> 趣味の話や体を動かすところから患者と話すきっかけを作り関係を構築。 患者の好きなものをきっかけに一緒に何ができるか、どのような作業に落としこめるかを考える。 患者が好きなアニメやゲームの話題をきっかけに関係づくりを進めた。 	6
	患者が話しやすい環境を探る	<ul style="list-style-type: none"> 患者は感覚過敏があり音に敏感である。静かな環境を調整。 	1
	どのような生活を望んでいるかを把握	<ul style="list-style-type: none"> どのような生活を望んでいるかアセスメントしながら、本人の希望と訪問支援の落としどころを探った。 	1
	どのような作業をどのように行っているかに注目	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法士としてどのような作業をどのように行っているかに注目。 	1
	本人の性格を把握	<ul style="list-style-type: none"> 本人の性格を把握し、どのような役割であれば本人が支援を受け入れやすいかを見極めた。 	1
信頼関係の構築	医療者としての関わりを控える	<ul style="list-style-type: none"> 薬を飲んだ方が良い等の医療者としての関わりはほぼせず、信頼してもらうことを第一にした。 医療という面は極力表に出さず、生活全般の手伝いという形で導入を進めた。 	2
	患者の意見・プライドの尊重	<ul style="list-style-type: none"> 患者の意見を尊重し、プライドを傷つけないように丁寧に関係を構築。 	2
	相談すれば対処できることの実感を得てもらう	<ul style="list-style-type: none"> 困り事や希望を聞き取ることを通じ、作業療法士に相談すれば対処できることを実感してもらう。 	1
	患者自身が自分をメタ的に捉えられるよう促す	<ul style="list-style-type: none"> 会話を通じて、患者自身が活動量や自分の疲労をメタ的に捉えられるよう留意。 	1

b) アセスメントにおける作業療法士の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、アセスメントにおける作業療法士の取組内容を、「アセスメントの方法」、「アセスメントの内容」、「アセスメント結果の活用方法」の3つの観点から整理すると、下記の図表のように整理できる。

「アセスメントの方法」としては、「各種検査・面接・行動観察の実施」が最も多くなっている。次いで「ストレングスアセスメントの実施」と「他職種と協働し情報を統合」が挙げられる。また、「アセスメントの内容」としては、「支援が必要な課題やその背景の整理」、「患者の特性や能力の評価」が挙げられる。最後に、「アセスメント結果の活用方法」としては、「他職種同席のもと患者にフィードバック」を行ったり、「他職種と情報共有」している。

このように、作業療法士は、検査や面接、行動観察などを通して患者の作業能力や職業適性等を評価している。作業工程や日常生活の特徴、認知の癖等を多角的に評価し、何がどの程度でき、どうすればできるようになるか、持っている能力を引き出せるかを詳細に分析している様子が伺える。またチームメンバーからの情報を集約し、作業療法士が中心となってストレングスアセスメントを用いてアセスメント結果を整理していることもある。そしてアセスメント結果は、他職種が同席の会議で患者にフィードバックしたり、他職種には随時情報共有している様子が伺える。

図表 3-6 アセスメントにおける作業療法士の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
アセスメントの方法	各種検査・面接・行動観察の実施	<ul style="list-style-type: none"> 職業評価の実施。箱づくり法(対人交流技能と課題遂行技能、体験学習能力の評価)、職業適性検査、BACS-jの3検査を実施。 就労希望を踏まえ、作業能力を測るために、デイケアプログラム内で作業能力、対人関係能力、集中力などを観察し評価。 	3
	ストレングスアセスメントの実施	<ul style="list-style-type: none"> ストレングスアセスメントを基本に、本人の希望に沿った形でできる支援を模索。 	2
	他職種と協働し情報を統合	<ul style="list-style-type: none"> 各チームメンバーから情報を集約し、作業療法士が中心にアセスメント。 ストレングスアセスメントをベースにチームで情報共有。 	2
	相談支援用アセスメントシートの使用	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援で使用使用するアセスメントシートに沿って評価を実施。 	1
アセスメントの内容	支援が必要な課題やその背景の整理	<ul style="list-style-type: none"> プログラムでの活動について振り返りをしながら、仕事ではどのようなところでつまずいたり疲弊していたかという点を掘り下げ、どこを直していくかについてアセスメントを行った。 作業療法士は、体の動きや日常生活で不自由な点にフォーカスしアセスメントを実施。 過去の就労経験や、現在の生活の様子、今後の希望などを確認しながらアセスメント。 	7
	患者の特性や能力の評価	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法士としては、作業工程や日常生活の特徴を多角的に分析。 自分が我慢すればよいという考え方の癖があり、その点に注目していた。 中等度のMRはあるものの、明確な指示を出し、工程を区切れば就労も可能と判断。 	6
アセスメント結果の活用方法	他職種同席のもと患者にフィードバック	<ul style="list-style-type: none"> 検査のフィードバックにはPSWにも同席してもらい、患者に結果を伝達。 患者とチームメンバーの会議をもち、日々の対応についても共有。 	3
	他職種と情報共有	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント結果はPSWや看護師に共有したほか、医師には電子カルテで共有。 	2
	患者へフィードバック	<ul style="list-style-type: none"> タイミングを見て患者に丁寧にアセスメント結果を伝え、一緒にやろうと誘う。 	1

c) 支援計画の作成における作業療法士の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、支援計画の作成における作業療法士の取組内容を、「支援計画・方針の検討方法」、「支援計画・方針の内容」、「支援計画・方針の共有方法」の3つの観点から整理すると、下記の図表のように整理できる。

「支援計画・方針の検討方法」としては、作業療法士自身が「患者と一緒に検討・作成」したり、「他職種・他機関の情報を集約・統合」して計画している。また、支援計画を明文化していない場合でも作業療法士が「状況に即して柔軟に対応」している。

「支援計画・方針の内容」としては、「支援目標の設定」を行い、目標達成に必要な「作業療法士の介入計画・行動計画」を定めて「チームの役割分担」を行い、さらに目標に向けた「段階的な行動計画」を定めていると見受けられる。なお、必要に応じて、「障害福祉等のサービス利用計画の作成」や「経済面の支援計画」も検討している。また、「リカバリープラン・クライシスプランの作成」という形で計画を整理している場合もある。

「支援計画・方針の共有方法」としては、「患者へのフィードバックと話し合い」を行い、並行して「チームとの共有」を行っている様子が伺える。

このように、作業療法士は、自身が支援計画を作成する際は他職種・他機関からの情報を集約したり、患者と一緒に検討・作成したりしている。なお、必ずしも明文化された厳密な支援計画を作成していない場合もある。支援計画の内容は、支援目標、段階的な行動計画、チームの役割分担、作業療法士の介入計画などから構成されている。必要に応じて、障害福祉等のサービス利用計画や経済面での支援計画を検討する。そのような支援計画や支援方針を患者にフィードバックして生活に関する話し合いのきっかけとしたり、チームで共有したりしている。

図表 3-7 支援計画の作成における作業療法士の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
支援計画・方針の検討方法	患者と一緒に検討・作成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主担当が患者と一対一の場面で支援計画を作成。 ・ 患者と一緒に言葉一つ一つまで確認して患者が納得するプランに作り上げる。 	5
	他職種・他機関の情報を集約・統合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師、PSW、公認心理師のアセスメントを集約。 ・ チームの意見を集約し作業療法士がプランのたたき台を作成。 ・ 意見を集約していくため、職種の専門性を発揮するという意識は少ない。 	4
	状況に即して柔軟に対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 密な計画は作成しておらず、その都度起こることに対応。 	1
支援計画・方針の内容	段階的な行動計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ スモールステップで方針を立て、状態を見て方針を修正しながら適宜対応。 ・ 初期の計画は、活動と休息の良いバランスをみつけてもらうことを重視。その後、回復が目に見えて分かってきた段階で仕事に意識を向けていった。後期は、就労に向けたより具体的な個別プログラムが必要と考えた。 	4
	作業療法士の介入計画・行動計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業療法士は、具体的な支援につなげるために何をするかといった点を詰めていった。 ・ 週1回の個別作業療法を計画。 	3
	障害福祉等のサービス利用計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害福祉サービスを使うための支援計画書を作成。 ・ グループホームへの入居を目指すこととした。 	3
	経済面の支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活保護を利用することとした。 ・ 日用品等を揃えたり、日々の買い物支援等を行うこととした。 	2
	支援目標の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「自宅以外の居場所を作ること」、「安心・安全感を獲得すること」を目標とした。 ・ 「楽しむ時間がもてる」、「就労へ向けてストレス対処法について 	2

		て学ぶ」を目標とした。	
	リカバリープラン・クライシスプランの作成	<ul style="list-style-type: none"> 患者とクライシスプランを作成。 リカバリープラン、クライシスプランを作成し、チーム・患者へ共有。 	2
	チームの役割分担	<ul style="list-style-type: none"> クライシスプランはチームで共有し、具体的に役割を分担(服薬管理、金銭面等)。 	2
支援計画・方針の共有方法	患者へのフィードバックと話し合い	<ul style="list-style-type: none"> 本人の特性に合わせて、主担当が中心となり支援計画を立案。患者に理解してもらいやすいよう説明し納得してもらう。 クライシスプランを基準に患者と生活に関する話し合いをした。 	4
	チームとの共有	<ul style="list-style-type: none"> 障害福祉サービスを使うための支援計画書を作成し、チーム・患者へ共有。 	3

d) 直接支援における作業療法士の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、直接支援における作業療法士の取組内容を整理すると、次頁の図表のように整理できる。

大項目としては、「個別の作業療法・集団プログラム」、「院外での直接支援」、「支援の進展のマネジメント」が挙げられた。

大項目「個別の作業療法・集団プログラム」における中項目として、「各種作業の実施」や「デイケアプログラムの実施」が挙がっていた。

大項目「院外での直接支援」において最も多くの意見が挙がっていた中項目は、「訪問による生活支援」であった。具体的には、生活状態の確認、生活指導、金銭管理、服薬支援、生活上のトラブルへの対処、家の掃除や片付け、買い物などの外出支援や余暇支援、食事の用意、入浴支援等が実施されている。その他にも、「他機関への同行支援」として、障害福祉サービス事業所や不動産会社への同行が実施されている。なお、「職種に縛られない支援の実施」という意見も挙がっている。

また、大項目「支援の進展のマネジメント」において比較的多くの意見が挙がっていた中項目は、「他機関・他職種のコーディネート」や「状態・ニーズに合わせたプログラムの調整」であった。

このように、作業療法士は、院内における作業療法や各種プログラムの提供に加えて、院外において様々な生活支援を患者と一緒に実施している様子が伺える。その際、職種や主担当・メンバーの立場を越えて、相互に乗り入れるような形で、必要な支援をチームメンバー全員で実施している。また、直接支援を実施する他機関や他職種の支援のタイミングをコーディネートしたり、適切なタイミングで段階的なステップアップを促したりしている。

図表 3-8 直接支援における作業療法士の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
個別の作業療法・集団プログラム	各種作業の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 種目は塗り絵から始め、フェルト手芸、編み物、スクラッチアート。編み物が最も長く続き、自宅でも取り組む。 ・ 外来作業療法を9カ月間実施。刺し子や編み物に取り組んだ。 	2
	デイケアプログラムの実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援開始初期は、プログラムの時間は活動、それ以外の時間は息抜き、という区別を意識して支援。 ・ 主に、定期的な面接やデイケアプログラムの調整、プログラム内での支持的なかかわりを実施。 	2
	就労に向けたプログラムの実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中期以降は、集団の活動場面とは別に、作業療法士がマンツーマンで個別での関わりを継続。患者の職業観や適性を評価しながら、模擬面接等の就労に向けた支援をオーダーメイドで実施。 	1
	個別の面接	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者雇用の体験利用を開始し、現実的に作業療法に通う時間が無くなり終了。現在は面接のみ継続。 	1
院外での直接支援	訪問による生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師とともに訪問看護に入り、生活状態の確認と生活指導、金銭管理、服薬支援等の生活全般の支援。金銭管理は、部屋に山のように積まれた、本人の医療に関わる書類や支払いに関する請求書などを整理することから一緒に実施。 ・ 一人暮らし後は、生活上生じる問題に対する解決能力が低いいため、トラブルの都度対応。 ・ 買い物などの外出支援、余暇支援、ダイエットと一緒に運動する、薬剤師も含め薬を飲んでいるかの確認、体調面の変化の確認、片付けが苦手なため一緒に掃除や片付けなどを実施。 ・ 外出支援に始まり、食事の用意や金銭管理、入浴支援等、日常生活の直接支援を、チームの中の誰かが実施している状態を維持。 	6
	他機関への同行支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労継続支援B型事業所の見学に同行。 ・ 本格的に一人暮らしに向けた支援を開始し、不動産会社へ同行。 	3
	職種に縛られない支援の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職種に縛られず同様の支援を実施するが、職種によって見ている点異なるため多職種で支援することが望ましい。 ・ 日々の支援は主担当・メンバー同じような内容の支援を行っている。 	3
	訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後当初は週5回訪問していた。現在は週3回の訪問看護に加えて障害福祉サービスも入れている。 	2
支援の進展のマネジメント	他機関・他職種のコーディネート	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市の健康運動指導士と連携して一緒に訪問し、運動指導を実施。 ・ 訪問看護を通じて支援者が介入することに慣れていき、徐々にヘルパーを入れることや生活介護に通うことが可能に。 ・ 患者との付き合い方について、他の支援者に助言。 	3
	状態・ニーズに合わせたプログラムの調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイケアの場に慣れてきた段階で、運動やトレーニング系のプログラムを導入。 	2
	クライシスプランのブラッシュアップ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者と繰り返し話し合いクライシスプランをブラッシュアップ。 	1
	患者のストレスへの着目	<ul style="list-style-type: none"> ・ できないと患者自身もストレスが溜まるため、上手くいっていること・楽しいことをコミュニケーションの中に取り入れるように意識。 	1

e) 院内外との連携における作業療法士の取組内容

包括的支援マネジメントを構成する業務のうち、院内外との連携における作業療法士の取組内容を、「院外機関との連携」、「院内での連携」の2つの観点から整理すると、下記の図表のように整理できる。

「院外機関との連携」としては、「地域の支援者・支援機関との連携」が最も多くなっている。具体的には、グループホームや就労継続支援 B 型事業所といった障害福祉サービス事業所との連携のほか、社会福祉協議会と協働した就労支援等が挙げられていた。その他、市役所との連絡調整や、院外の薬剤師との調整が挙げられていた。

「院内での連携」としては、「訪問の都度他職種と情報共有」が最も多く、日常的なチームメンバーとの情報共有の実施が伺える。また、チーム構成員として参画している場合において、主担当の職種と要所要所で情報共有を図っている。

このように、作業療法士は、ケースの必要性に応じて、地域の支援機関や行政機関などと連絡調整を行い、院内においては、訪問の都度、他職種との情報共有している様子が伺える。

なお、下表には掲載していないが、作業療法士自身が院外機関との連絡調整を行っていない事例においては、他の職種が院外機関との連絡調整を行っている。そのため、下表の作業療法士の取組内容は、あくまでもケースごとの役割分担の結果と考えられる点に留意が必要である。

図表 3-9 院内外との連携における作業療法士の取組内容

大項目	中項目	意見例	件数
院外機関との連携	地域の支援者・支援機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> グループホームの世話人と生活状況について情報共有。 就労継続支援B型事業所との連携は作業療法士が実施。通所頻度の変更も作業療法士が事業所スタッフと調整。 社協の担当者、患者、作業療法士の3人で連携。 	6
	薬剤師との調整	<ul style="list-style-type: none"> 院外の薬剤師との調整。 	1
	行政機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> 市役所との連絡調整。 	1
院内での連携	訪問の都度他職種と情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護の度に看護師と評価や状態のすり合わせをしていた。 訪問の都度、他職種と情報共有。 	3
	主担当と随時情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 要所要所で精神保健福祉士に状況を報告。 	1

f) アウトリーチにおける作業療法士の取組内容

収集した事例について、アウトリーチにおける作業療法士の取組内容という観点から整理すると、下記の図表のように整理できる。

まず、「日常生活の支援」においては、自宅へ訪問しての生活指導、金銭管理の支援、服薬支援などが挙げられる。金銭管理については、膨大な支払書類を一緒に整理するところから支援している事例もみられた。また、一人暮らしをしている住居の大家との調整を実施している事例もみられた。なお、「直接支援」の項で先述したように、生活状態の確認、生活指導、金銭管理、服薬支援、生活上のトラブルへの対処、家の掃除や片付け、食事の用意、入浴支援等も実施されている。

「外出への同行」については、買い物の同行、不動産会社への同行、住居探しや見学への同行、市役所や銀行への同行などが実施されていた。こちらも、「直接支援」の項で先述したように、余暇支援や一緒に運動をするなどの取組が行われている。

「就労支援・地域への橋渡し」としては、就労継続支援 B 型事業所を始めとした障害福祉サービスへの同行が実施されていた。

その他、医療機関への「受診同行」や、「トラブル・危機対応」として自殺未遂のあった患者宅へ緊急的に訪問した事例もみられた。

なお、作業療法士自身がアウトリーチを実施していない場合においても、ケースによっては他職種・他機関のアウトリーチを後方支援していた。

図表 3-10 アウトリーチにおける作業療法士の取組内容

大項目	中項目
日常生活の支援	自宅への訪問
	生活指導
	金銭管理(支払い書類の整理なども含む)
	服薬支援
	入居先住宅の大家との調整
外出の同行	買い物同行
	不動産会社への同行
	住居探し・見学同行
	経済基盤の整備(市役所同行、通帳を一緒に作る等)
就労支援・地域への橋渡し	就労継続支援 B 型事業所への同行
	障害福祉サービスへの同行
受診同行	医療機関
トラブル・危機対応	自宅への訪問(自殺未遂)
他職種のアウトリーチを後方支援	社協スタッフのアウトリーチを後方支援

※アウトリーチについては、全ての事例で実施されているわけではなかった。これは、ケースの必要性や他職種との役割分担等に応じた部分があると思われる。そのため、「件数」を数えることはせず、どのようなアウトリーチが行われていたかを列挙する形で整理している。

③ 作業療法士の参画効果について

a) 作業療法士の参画による患者への効果について

作業療法士の参画による患者への効果を整理すると、下記の図表のように整理できる。

まず、「社会資源へのつながりや地域生活の維持」の効果が挙げられる。社会資源としては、具体的には、デイケア、障害福祉サービス事業所、就労支援機関等が挙げられている。

次いで、「ニーズ把握やアセスメントの精度向上」の効果が挙げられている。社会経験が少ない患者の将来像を描いたり、将来の目標に向けて必要なことを分析・提案したり、そのために必要なアセスメントを行っている様子が伺える。

また、「自己管理・対処スキル・能力構築」の効果も挙げられている。患者の困りごとや不安ごとを抽出し対処法や解決策をプログラムに提示したり、患者のストレングスを活かした支援を行っている様子が伺える。

その他にも「自己理解を深める」、「安心できる場づくり」などの効果が挙げられている。

図表 3-11 作業療法士の参画による患者への効果

中項目	意見例(要約)	件数
社会資源へのつながりや地域生活の維持	<ul style="list-style-type: none">就労支援については、作業療法士が専門的に学んでおり、患者のニーズに応えられる。患者の状態に応じた作業を提供し、安定的なデイケア通所、ひいては就労継続支援B型へとつながった。患者ができることを作業療法士が評価したことにより、患者が望む地域生活を長く続けられている。	7
ニーズ把握やアセスメントの精度向上	<ul style="list-style-type: none">社会経験が少ない患者の将来像を描く支援。患者の大きな夢や目標に沿って、必要なことを分析・提案する。運動機能面の評価、訓練、改善が進む。	5
自己管理・対処スキル・能力構築	<ul style="list-style-type: none">個別のプログラムを作成し、患者の困りごとや不安ごとを抽出して対処法や解決策を提示した。患者の持っている機能を失うことなく、患者本人のできる力を活かした生活ができている。	5
自己理解を深める	<ul style="list-style-type: none">作業評価により患者の自己理解が深まった。箱づくり法やBACSを踏まえて患者本人の自己理解が深まった。	4
安心できる場づくり	<ul style="list-style-type: none">自宅以外で安心して過ごせる居場所を提供。	2

b) 作業療法士の参画による他職種やチームへの効果について

作業療法士の参画による他職種やチームへの効果を整理すると、下記の図表のように整理できる。

まず、「特性・適性の評価によるアセスメントの精度向上・患者理解の深まり」の効果が挙げられる。生活能力の評価、運動機能面の評価など、患者が何ができ何ができないのかを詳細に把握することが可能になっている様子が伺える。

次いで、「支援方針を検討する際の情報提供」の効果が挙げられている。作業療法士の視点から患者の能力を評価し、どのような支援が必要かを他職種に伝える場合のほか、チーム全体で身体面・精神面・社会面から総合的に支援を多面的に行う際の一翼を担う様子が伺える。

その他にも、「職業選択の助言」、「作業療法士のチーム支援への親和性の高さ」、「時宜を得た支援のコーディネート」の効果が挙げられている。

図表 3-12 作業療法士の参画による他職種やチームへの効果

中項目	意見例(要約)	件数
特性・適性の評価によるアセスメントの精度向上・患者理解の深まり	<ul style="list-style-type: none"> 生活能力がほぼゼロだったため、何ができて何ができないのかをアセスメントしチームで共有。 当初は一人暮らしは無理だろうという評価を多くの支援者がしていた。作業療法士が生活能力全般を評価したところ、想定よりも能力が高いことがわかり、支援が展開していった。 運動機能面では作業療法士のアセスメント・直接支援が重要だった。 	8
支援方針を検討する際の情報提供	<ul style="list-style-type: none"> 総合的な視点で評価し、周囲の支援者に伝えることで、どういった支援が必要かを周知。 患者がどの程度自分の力で体を動かせるか、どの程度自力で生活できるかを評価し、支援に落とし込んでもらう。 チーム全体で、身体面・精神面・社会的側面で総合的に支援できた。 	5
職業選択の助言	<ul style="list-style-type: none"> 本人の特性を踏まえた職業選択についての助言。 患者の身体面の評価結果から、職業選択のあり方を他職種にも共有。 	3
作業療法士のチーム支援への親和性の高さ	<ul style="list-style-type: none"> ストレングスアセスメントや生活者という視点で関わる事が出来る点で、作業療法士の ACT やアウトリーチに親和性は高い。 職種に関係なく本人の生活やパーソナリティを尊重した支援を行う。 	3
時宜を得た支援のコーディネート	<ul style="list-style-type: none"> デイケアでの様子の観察と申し送りにより、就労継続支援 B 型事業所へのタイムリーな移行ができた。 段階的なプログラムの導入をマネジメントした。 	2

④ ハンドブック作成に向けたニーズについて

a) 作業療法士の参画が望まれる患者像

作業療法士の参画が望まれる患者像は、下記の図表のように整理できる。

最も多くの意見が挙がっていたのが、「就労支援のニーズがある患者」である。具体的には、就労意欲はあるが踏み出せていない患者、職を転々として特性に合った仕事が見つかっていない患者、就労を目指す上で日中活動の活動性を上げる必要がある患者が挙げられている。

次いで、「社会との接点が少ない患者」が挙げられる。具体的には、8050 問題・適応障害・知的障害等でひきこもりが長い患者、長期入院などで社会経験が乏しい患者や社会適応能力が低い患者などが挙げられている。

また、「地域で安定した日常生活を送ることを希望している患者」が挙げられる。自宅等での生活を希望しているものの、ADL が不明瞭な患者や、クライシスプランを立て相談しながら支援を行うことが望まれる患者などが挙げられている。

その他にも、「身体的な課題を抱える患者」や、将来のイメージを持ってないでいる患者、トラウマがあり心理的配慮が必要な患者、関係構築に作業が有効な患者が挙げられている。

図表 3-13 作業療法士の参画が望まれる患者像

患者像	具体的な患者イメージ	件数
就労支援のニーズがある患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労意欲あるが一步を踏み出せていない患者。 ・ 職を転々としてしまい、自分の特性にあった仕事を探せていない患者。 ・ 就労を目指すに当たって日中活動の活動性を上げるため作業療法士が関与する必要がある患者。 ・ 就労のニーズがある患者。働きたい人に対しては、仕事は作業分析が多いため、専門性を活かせる部分である。就労支援にニーズがある患者は作業療法士がメインでやっていくと良い。 	6
社会との接点が少ない患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8050問題等でひきこもりが長く続いてしまっている患者。 ・ 就労機会がない方で、社会とのつながりが持てていない患者。 ・ ひきこもり、長期入院など社会経験が乏しい、社会適応能力が低い患者。 ・ 適応障害や知的に問題があり引きこもっている患者。 	4
地域で安定した日常生活を送ることを希望している患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅で生活を希望している人で、その中でも ADL が不明瞭な患者や、そこに対して支援が必要な患者。 ・ 医療的ケアから切り離せない精神症状等があり、生活の中でどう対処するか、クライシスプランだけでなく相談しながら入っていった方が良い患者。 ・ ひきこもりや長期入院の患者は、まず医療につなげてから、どう地域生活を広げていくかという支援が必要な人々であり、そこで作業療法士の視点が活かされる。 	4
身体的な課題を抱える患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的に問題がある患者。 ・ パーキンソン病の患者、脳血管障害等の後遺症がある患者、事故で指がない患者等、作業療法士のリハビリの対象になる患者。 ・ 身体機能のリハビリが必要な患者。 	3
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後の生活の展望や将来のイメージを持ってないでいる患者。 ・ トラウマがあり心理的配慮が必要な患者。 ・ 関係構築に作業が有効な患者。 	3

b) 作業療法士の参画のための組織体制上の工夫

作業療法士の参画のための組織上の工夫を整理すると、下記の図表のように整理できる。

大項目としては、「施設や組織編制の工夫」、「情報共有・コミュニケーションの工夫」、「教育・自己研鑽の工夫」が挙げられている。

中項目として比較的多く挙がっていた項目として、「他職種とのインフォーマルな情報共有や交流」、「定期的なミーティングの実施・参加」が挙げられる。これらはいずれも、常日頃から他職種とフォーマル・インフォーマルな情報共有や交流することの重要性を示唆するものとなっている。

このような多職種の交流や情報共有をハード面から担保する上で、「患者・他職種とシームレスなフロアづくりや職場環境の整備」は一つの工夫と考えられる。また、人員配置の観点から担保する上では、「多職種から構成された地域支援を専門とする部署の設置や部署に固定しない流動的な人員配置」、「多職種連携業務の仕組み化」等の取組がヒントとなるだろう。また、システムの観点からは、「情報共有の電子化」もヒントになると思われる。そして人材育成の観点からは、「多職種での院内勉強会や意見交換の実施・奨励」や「他職種からの・他職種への OJT の実施」といった工夫がヒントになると思われる。

図表 3-14 作業療法士の参画のための組織上の工夫

大項目	中項目	件数
施設や組織編制の工夫	医療機関の方針や上司等の理解の重要性	2
	患者・他職種とシームレスなフロアづくりや職場環境の整備	1
	多職種から構成された地域支援を専門とする部署の設置や部署に固定しない流動的な人員配置	1
	多職種連携業務の仕組み化(介入ケースのルール化、訪問・申請・記録等の業務の標準化等)	1
情報共有・コミュニケーションの工夫	他職種とのインフォーマルな情報共有や交流	3
	定期的なミーティングの実施・参加	2
	情報共有の電子化	1
教育・自己研鑽の工夫	多職種での院内勉強会や意見交換の実施・奨励	1
	他職種からの・他職種への OJT の実施	1
	院外専門家・院内の上司によるスーパービジョン	1
業務調整の工夫	職種にこだわらないケースの割り当て	1
	チーム内での役割分担や業務の調整	1
	時間管理の裁量・柔軟性	1

c) 作業療法士が包括的支援マネジメントに参画する際の課題

作業療法士が包括的支援マネジメントに参画する際の課題は、下記の図表のように整理できる。

大項目「専門性との葛藤や齟齬」においては、「アイデンティティの揺らぎ・葛藤」が挙げられている。次いで大項目「ケースマネジメントの実践上の課題・障壁」では、「他職種の役割・社会資源・制度の理解」、「ケースマネジメントに求められる視点・姿勢の理解」、「ケースマネジメントができることの周知・認知度向上」が比較的多く挙げられている。最後に大項目「労働環境・体制面の課題」では、「組織風土・勤務体制の影響」が挙げられている。

このように、作業療法士においては、地域生活支援において他職種と同様の業務を行う中で、自身の専門性を見失いやすい点が指摘されている。また、実務において求められる社会資源の知識や、他職種から広く情報を集める必要性、そして自職種及び他職種に対して、作業療法士がケースマネジメントを実施している／できることを広く周知していく必要性が指摘されている。

図表 3-15 作業療法士が包括的支援マネジメントに参画する際の課題

大項目	中項目	意見例	件数
専門性との葛藤や齟齬	アイデンティティの揺らぎ・葛藤	<ul style="list-style-type: none"> 超職種・多職種で支援をすると自身の専門性が分からなくなっていく。全職種が同じ支援を実施するので、作業療法士だからこそ、という点が分からなくなる。 専門の活かし方が難しい。地域の支援では病院の中と異なり、「作業療法をやってください」というオーダーはない。自身の職種の専門性の活かし方は常に試行錯誤が求められる。 	4
ケースマネジメントの実践上の課題・障壁	他職種の役割・社会資源・制度の理解	<ul style="list-style-type: none"> 地域の状況や障害福祉サービス、介護保険も含めて制度に関わる点について、地域にある社会資源を把握することが課題である。 地域の中で見ていくにあたり、福祉サービスの調整が多く発生するが、福祉サービスに関する理解や知識が不足している。 社会制度の知識が乏しい。地域資源の見学機会も少ない。 	5
	ケースマネジメントに求められる視点・姿勢の理解	<ul style="list-style-type: none"> 情報収集が多職種からきちんと行っていないと、ケースマネジャーの職種寄りの計画になりやすい。隠れた問題点を顕在化させないまま、計画策定に至ってしまうこともある。 患者を一人の生活者として見る視点を徐々に学んでいく必要がある。 	3
	ケースマネジメントができることの周知・認知度向上	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法士は作業をするイメージが強く、マネジメントをしても、マネジメントの役割を担っていると言いづらい。地域の支援者からすると、マネジメントはPSWや看護師が行う役割、というイメージを抱かれている。そのため積極的に意見が言いづらいし、意見も求められない。 作業療法士も個人の支援やマネジメントができる、といった点を周知してもらえると嬉しい。 	3
	専門性とのバランス	<ul style="list-style-type: none"> 専門的な視点も患者理解ではもちろん重要。 地域での生活支援では、病院のように特化した専門性はそこまで求められない。 	2
	経験・実践機会の不足	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬上、作業療法士は計画を作る必要がない職種である。 	1
労働環境・体制面の課題	組織風土・勤務体制の影響	<ul style="list-style-type: none"> 病院によっては患者ごとに作業療法の担当を置いていない場合もある。 超職種で仕事をしたい人は、そもそもそういった形態の医療機関に就職しているが、そのような医療機関には専門性を必要以上に重視するスタッフが少ない。 	2
	診療報酬の算定	<ul style="list-style-type: none"> 訪問の報酬を取るには看護師と同行する必要があるが、看護師の都合がつかず、サービスになるが作業療法士とワーカーでアウトリーチに行くことも多い。 	1

d) 作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画促進のために求められる支援策

作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画促進のために求められる支援策は、下記の図表のように整理できる。

大項目「診療報酬等の制度設計」においては、「支援頻度・支援期間・労力に対する適正な評価」や「他機関との調整や院外での取組みの評価」、「様々な職種がケースの担当者・チーム構成員となり得る制度設計」が挙げられている。次いで大項目「普及啓発」では、「職種間の相互理解促進(強み、専門性、役割等)」が比較的多く挙げられている。

このように、作業療法士のケースマネジメントへの参画自体を評価することに加え、支援頻度や支援期間、労力に見合う適正な評価が必要なこと、そして資格に限定されずに多様なチーム編成が可能な制度設計が求められている。並行して、作業療法士がケースマネジメントを行うことについて、作業療法士自身と他職種へ周知することが求められている。

図表 3-16 作業療法士の包括的支援マネジメント参画促進のために求められる支援策

大項目	中項目	意見例	件数
診療報酬等の制度設計	支援頻度・支援期間・労力に対する適正な評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労力に見合った診療報酬があること。 ・ 診療報酬がとれる期限を長くする必要。 ・ 訪問看護が週 3 回になってしまい、病状の変化によって集中的なケアを必要とするときに制約が多い。 ・ 「精神科在宅患者支援管理料」は 2 年間で終了し、条件が厳しすぎる。「療養生活継続支援加算」も 1 年の期限付きの割に書類が多く他の医療機関も取れていない。 	6
	他機関との調整や院外での取組みの評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前訪問も作業療法士とワーカーの訪問でも報酬を取れるようにしてほしい。 ・ 訪問看護ステーションにいる作業療法士ならできるが、病院所属の作業療法士が表立って外に出ることは難しい。包括的な支援を行うにあたり、作業療法士の名前も上げて、メンバーになれると助かる。 	5
	様々な職種がケースの担当者・チーム構成員となり得る制度設計	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問が評価される職種に縛りがある。 ・ 点数化など、作業療法士の参画がある程度制度として必要性が設けられていると病院としても動きやすく、チームに入れやすい。診療報酬上や点数上に名前があるかないかは大きい。 ・ 各職種に秀でた専門性はあるため、ケースマネジャーを担う職種は、決して一つや二つではなくて良いと考えている。 	4
普及啓発	職種間の相互理解促進(強み、専門性、役割等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ それぞれ専門性がある中で、お互いが適切に活用し合う関係の構築が大切。 ・ 作業療法士が地域で支援をすることに対する周囲からの認識が乏しいと痛感している。作業療法士が地域に出るには、院内の理解が必要であり、院外でも作業療法士はマネジメントをする人というイメージを作っていく必要がある。 ・ 作業療法士の強みの理解が地域では乏しい実感があるので、作業療法士が地域に出る機会を増やし、強みを発信することが大事。 	4
	作業療法士がケースマネジメントに参画している事例の周知	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普及のためには、実践をまず知ってもらうことは必要。重要な実践をしている医療機関があるので、ちゃんと光が当たるとよい。 	1
	多職種の連携を円滑化するツールの作成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者中心のツール・聞き取りシートがあると、多職種でやったほうが良いという機運になるのではないかと。 	1
	医療・福祉の相互理解・連携の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域に連携しやすい福祉サービスがあることが重要。 	1
人材育成	養成課程も含めたケースマネジメントへの準備性の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 知識面も実務面も養成課程で習ってきておらず、いざ地域に出ると地域と病院の常識が全く違う等、新しい人が参入することが難しい領域である。 	1
	多職種合同の事例検討会・研修の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内院外の研修機会、事例検討会に参加でき、他職種の視点が学べること。 	1
	職種に関係なく求められる能力の習得	<ul style="list-style-type: none"> ・ マネジメントも含め誰か一職種ができるというよりはみんなができることが重要。 	1

2 アンケート調査結果

本節では、アンケート調査の結果を掲載する。本調査研究事業では、第 1 章に先述したとおり、施設票、個別票、他職種票の 3 つのアンケート調査を実施しているため、その順番に結果を掲載していくことにする。

(1) 施設票の調査結果

a) 機関種別

「精神科病院」と「診療所(クリニック)」が 50.0%となっている。

図表 3-17 機関種別(施:問 1)

	件数	割合 k=6
総合病院	0	0.0%
精神科病院	3	50.0%
診療所(クリニック)	3	50.0%
無回答	0	0.0%

b) 法人・法人グループが行っている事業・部門

【医療】部門については、「医療機関内の訪問看護部門」の割合が最も高く 100.0%、次いで「地域連携室・医療福祉相談室等」、「精神科デイケア」が 83.3%となっている。

【福祉】部門については、「計画相談支援」の割合が最も高く 66.7%、次いで「地域移行支援」、「就労移行支援」、「共同生活援助(グループホーム)」、「地域活動支援センター」が 33.3%となっている。

図表 3-18 法人・法人グループが行っている事業・部門(施:問2、複数選択)

	件数	割合 k=6
医療	地域連携室・医療福祉相談室等	5 83.3%
	心理療法科・臨床心理室	4 66.7%
	作業療法科・精神科リハビリ室	3 50.0%
	精神科デイケア	5 83.3%
	医療機関内の訪問看護部門	6 100.0%
	訪問看護ステーション	2 33.3%
	精神科のサテライトクリニック	2 33.3%
	精神科以外	2 33.3%
	その他	3 50.0%
	無回答	0 0.0%
	福祉	計画相談支援
地域移行支援		2 33.3%
地域定着支援		1 16.7%
市町村等による委託相談		1 16.7%
就労継続支援A型・B型		1 16.7%
就労移行支援		2 33.3%
生活介護		1 16.7%
共同生活援助(グループホーム)		2 33.3%
自立生活援助		0 0.0%
居宅介護		1 16.7%
自立訓練(生活訓練)宿泊型		1 16.7%
自立訓練(生活訓練)通所型		1 16.7%
地域活動支援センター		2 33.3%
その他		0 0.0%
無回答		2 33.3%

c) 地域連携・多機関連携の担当部署

「精神科外来」と「医療機関内の訪問看護部門」の割合が最も高く 100.0%となっている。次いで、「地域連携室・医療福祉相談室等」と「精神科デイケア」が 66.7%となっている。

図表 3-19 地域連携・多機関連携の担当部署(施:問 3、複数選択)

	件数	割合 k=6
精神科外来	6	100.0%
地域連携室・医療福祉相談室等	4	66.7%
心理療法科・臨床心理室	0	0.0%
作業療法科・精神科リハビリ室	1	16.7%
精神科デイケア	4	66.7%
医療機関内の訪問看護部門	6	100.0%
訪問看護ステーション	1	16.7%
その他	0	0.0%
無回答	0	0.0%

d) 病床数

一般病床は「なし」が 100.0%となっている。また、精神科病床は「あり」が 50.0%であり、平均病床数は 279.7 床となっている。

図表 3-20 病床数(施:問 4)

		件数	割合 k=6
一般病床	あり	0	0.0%
	なし	6	100.0%
	無回答	0	0.0%
	平均値	0.0	-
	標準偏差	0.0	-
精神科病床	あり	3	50.0%
	なし	3	50.0%
	無回答	0	0.0%
	平均値	279.7	-
	標準偏差	134.3	-

e) 職員数

作業療法士の職員数は、常勤職員が平均 6.0 人、非常勤職員が平均 0.6 人となっている。

図表 3-21 職員数(施:問 5)

		平均値	標準偏差
看護師	常勤	57.0	75.5
	非常勤	3.6	5.1
精神保健福祉士	常勤	6.7	4.5
	非常勤	1.2	1.1
公認心理師	常勤	2.4	2.3
	非常勤	1.0	2.0
作業療法士	常勤	6.0	7.0
	非常勤	0.6	0.5

f) 1カ月の平均患者数

1カ月あたりの平均外来患者数は、延べ1,942.6人となっており、うち初診患者が42.9人、再診患者が1,899.7人となっている。外来患者のうち作業療法士が関与した1カ月あたりの平均患者数は、実人数で81.8人となっている。そして療養生活継続支援加算を算定した1カ月あたりの患者数は、実人数で7.8人となっている。

図表 3-22 1カ月の平均患者数(施:問6)

	平均値	標準偏差
1カ月あたりの平均外来患者数(延べ人数)	1,942.6	824.5
1カ月あたりの平均外来患者数【うち初診】	42.9	12.2
1カ月あたりの平均外来患者数【うち再診】	1,899.7	828.6
外来患者数のうち公認心理師が関与した1カ月あたりの平均患者数(実人数)	81.8	100.1
1カ月あたりの平均療養生活継続支援加算算定数(実人数)	7.8	14.6

(2) 個票の調査結果

① 作業療法士参画時点の患者属性

a) 患者年齢

「40 歳代」と「70 歳代」の割合が最も高く 25.0%となっている。次いで、「20 歳代」と「50 歳代」が 16.7%となっている。

図表 3-23 患者年齢(問1)

	件数	割合 n=12
10歳代以下	0	0.0%
20歳代	2	16.7%
30歳代	1	8.3%
40歳代	3	25.0%
50歳代	2	16.7%
60歳代	1	8.3%
70歳代	3	25.0%
80歳代以上	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

b) 患者性別

「男性」が 66.7%、「女性」が 33.3%となっている。

図表 3-24 患者性別(問2)

	件数	割合 n=12
男性	8	66.7%
女性	4	33.3%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

c) 患者の精神障害者保健福祉手帳の有無

精神障害者保健福祉手帳を「持っている」が 58.3%、「持っていない」が 41.7%となっている。

図表 3-25 患者の精神障害者保健福祉手帳の有無(問3)

	件数	割合 n=12
持っている	7	58.3%
持っていない	5	41.7%
無回答・無効回答	0	0.0%

d) 患者の生活保護の受給有無

「生活保護世帯である」が 16.7%、「生活保護世帯ではない」が 83.3%となっている。

図表 3-26 生活保護の受給有無(問4)

	件数	割合 n=12
生活保護世帯である	2	16.7%
生活保護世帯ではない	10	83.3%
無回答・無効回答	0	0.0%

e) 患者の住居

「自宅(家族と同居)」の割合が最も高く 58.3%となっている。次いで、「自宅(一人暮らし)」が 25.0%となっている。

図表 3-27 患者の住居(問 5)

	件数	割合 n=12
共同生活援助(グループホーム)	1	8.3%
入所施設	1	8.3%
自宅(一人暮らし)	3	25.0%
自宅(家族と同居)	7	58.3%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

f) 主診断

「F2:統合失調症圏」の割合が最も高く 41.7%となっている。次いで、「F1:精神作用物質使用」と「F7:知的障害」が 16.7%となっている。

図表 3-28 主診断(問 6)

	件数	割合 n=12
F0:器質性精神障害	0	0.0%
F1:精神作用物質使用	2	16.7%
F2:統合失調症圏	5	41.7%
F3:(F30/F31以外)気分障害	1	8.3%
F30/F31:躁病:双極性障害	1	8.3%
F4:神経症性障害圏	1	8.3%
F5:生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群	0	0.0%
F6:人格障害圏	0	0.0%
F7:知的障害	2	16.7%
F8:心理的発達の障害	0	0.0%
F9:小児期・青年期に通常発生する行動・情緒の障害	0	0.0%
G40:てんかん	0	0.0%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

g) 重複診断

「なし」の割合が最も高く 83.3%となっている。次いで、「発達障害」が 16.7%となっている。

図表 3-29 重複診断(問 7、複数選択)

	件数	割合 n=12
物質関連障害	0	0.0%
知的障害	1	8.3%
発達障害	2	16.7%
認知症	0	0.0%
なし	10	83.3%
無回答・無効回答	0	0.0%

h) 患者の課題や問題

「家族やパートナーに関連する問題」の割合が最も高く 66.7%となっている。次いで、「自殺関連行動や非自殺性の自傷行為に関連する問題」と「学校・教育や職業に関連する問題」、「住居や経済に関連する問題」が 50.0%となっている。

図表 3-30 患者の課題や問題(問8、複数選択)

	件数	割合 n=12
自殺関連行動や非自殺性の自傷行為に関連する問題	6	50.0%
家族やパートナーに関連する問題	8	66.7%
虐待とネグレクトに関連する問題	1	8.3%
学校・教育や職業に関連する問題	6	50.0%
住居や経済に関連する問題	6	50.0%
性に関する悩みや問題	0	0.0%
犯罪被害や訴訟、収監、刑務所からの出所等、犯罪や法制度に関連する問題	0	0.0%
精神疾患によらない反社会的行動に関する問題	0	0.0%
身体的疾患・障害に関連する心理的な問題	4	33.3%
無回答・無効回答	0	0.0%

i) 包括的支援マネジメント導入基準

「6 か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある」と「自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)」の割合が最も高く 75.0%となっている。次いで、「自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」が 58.3%となっている。

図表 3-31 包括的支援マネジメント導入基準(問9、複数選択)

	件数	割合 n=12
6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある	9	75.0%
自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)	9	75.0%
家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	1	8.3%
行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	1	8.3%
自傷や自殺を企てたことがある	5	41.7%
家族への暴力、暴言、拒絶がある	5	41.7%
警察・保健所介入歴がある	3	25.0%
定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	5	41.7%
外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	1	8.3%
自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	7	58.3%
直近の入院は措置入院である	1	8.3%
日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	0	0.0%
家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	0	0.0%
支援をする家族がない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	4	33.3%
同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)	4	33.3%
無回答・無効回答	0	0.0%

なお、包括的支援マネジメント導入基準の該当個数をみると、「5個」が最も多く33.3%、次いで「3個」が25.0%、「4個」が16.7%となっている。全体の平均該当個数は4.58個である。

図表 3-32 包括的支援マネジメント導入基準の該当個数(問9)

	件数	割合 n=12
1個	0	0.0%
2個	1	8.3%
3個	3	25.0%
4個	2	16.7%
5個	4	33.3%
6個	0	0.0%
7個	1	8.3%
8個	0	0.0%
9個	1	8.3%
10個	0	0.0%
平均	4.58	-
標準偏差	1.85	-

j) 作業療法士参画時点での CGI-S(重症度)

「中等度の精神疾患」の割合が最も高く66.7%となっている。次いで、「軽度の精神疾患」が16.7%となっている。

図表 3-33 作業療法士参画時点での CGI-S(重症度)(問10)

	件数	割合 n=12
正常	0	0.0%
精神疾患の境界線上	1	8.3%
軽度の精神疾患	2	16.7%
中等度の精神疾患	8	66.7%
顕著な精神疾患	1	8.3%
重度の精神疾患	0	0.0%
非常に重度の精神疾患	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

k) 患者の療養生活継続支援加算の有無

療養生活継続支援加算の算定「なし」が91.7%、算定「あり」は8.3%となっている。

図表 3-34 療養生活継続支援加算の有無(問11)

	件数	割合 n=12
あり	1	8.3%
なし	11	91.7%
無回答・無効回答	0	0.0%

l) 患者の精神科医療機関の初診時期

「2017～2021年」の割合が最も高く41.7%となっている。次いで、「2004～2016年」が33.3%となっている。

図表 3-35 患者の精神科医療機関の初診時期(問12)

	件数	割合 n=12
～2003年	1	8.3%
2004～2016年	4	33.3%
2017～2021年	5	41.7%
2022年以降	2	16.7%
無回答・無効回答	0	0.0%

② 支援体制

a) 作業療法士が多職種チームに参画して支援を行った期間

「1年以上2年未満」の割合が最も高く50.0%となっている。次いで「2年以上」が33.3%となっている。1年以上の割合が、合わせて83.3%となっている。

図表 3-36 作業療法士が多職種チームに参画して支援を行った期間(問13)

	件数	割合 n=12
6カ月未満	1	8.3%
6カ月以上1年未満	1	8.3%
1年以上2年未満	6	50.0%
2年以上	4	33.3%
無回答・無効回答	0	0.0%

b) 包括的支援マネジメントに参画した多職種チームの構成職種(医師を除く)

「作業療法士」を除くと、「精神保健福祉士」の割合が最も高く100.0%となっている。次いで「看護師」が83.3%となっている。なお、「その他」には、デイケア職員、相談支援員等が挙げられている。

図表 3-37 包括的支援マネジメントに参画した多職種チームの構成職種(医師を除く)(問14、複数選択)

	件数	割合 n=12
看護師	10	83.3%
保健師	1	8.3%
精神保健福祉士	12	100.0%
臨床心理士・公認心理師	3	25.0%
作業療法士	12	100.0%
薬剤師	0	0.0%
その他	3	25.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

c) 多職種協働の形式

「院内の多職種による情報共有」の割合が最も高く 91.7%となっている。次いで「院内の多職種によるケア会議(患者参加)」と「院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者参加)」が 50.0%となっている。

図表 3-38 多職種協働の形式(問15、複数選択)

	件数	割合 n=12
院内の多職種による情報共有	11	91.7%
院内の多職種によるケア会議(家族参加)	2	16.7%
院内の多職種によるケア会議(患者参加)	6	50.0%
院内の多職種によるケア会議(患者・家族参加)	5	41.7%
院内の多職種によるケア会議(患者・家族不参加)	3	25.0%
院外機関も含めた多職種による情報共有	4	33.3%
院外機関も含めた多職種によるケア会議(家族参加)	0	0.0%
院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者参加)	6	50.0%
院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者・家族参加)	2	16.7%
院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者・家族不参加)	1	8.3%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

③ ケースマネジメント

a) 包括的支援マネジメントにおける作業療法士の位置づけ

「主担当者」である割合が 41.7%、「チーム構成員」である割合が 58.3%となっている。

図表 3-39 包括的支援マネジメントにおける作業療法士の位置づけ(問16)

	件数	割合 n=12
主担当者	5	41.7%
チーム構成員	7	58.3%
無回答・無効回答	0	0.0%

b) 作業療法士の多職種チームへの参画のタイミング

「多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続」の割合が最も高く 75.0%となっている。次いで、「多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続」が 16.7%となっている。

なお、「多職種チームでの支援を始めた当初から参画」している割合は 75.0%、「多職種チームでの支援開始後、途中から参画」している割合は 25.0%となっている。

また、「多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続」している割合は 91.7%、「多職種チームでの支援終了後も支援を継続」している割合は 8.3%、「多職種チーム支援の途中で参画を終了」している割合は 0.0%となっている。

図表 3-40 作業療法士の多職種チームへの参画のタイミング(問17)

	件数	割合 n=12
多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続	9	75.0%
多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チーム支援の途中で参画を終了	0	0.0%
多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続	0	0.0%
多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続	2	16.7%
多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チーム支援の途中で参画を終了	0	0.0%
多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続	1	8.3%
無回答・無効回答	0	0.0%

c) 作業療法士参画時点において多職種チームで実施されていたケースマネジメントの内容

n 値が 3 と極めて少ないためあくまでも参考情報ではあるが、「アセスメントの実施」、「支援方針の検討・支援計画の作成」、「医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有」、「院外関係機関との連携・情報共有」、「ご本人の生活を支える直接支援」はいずれも 100%実施されている。

図表 3-41 作業療法士参画時点において多職種チームで実施されていたケースマネジメントの内容
(問18、複数選択)

	件数	割合 n=3
参画職種の検討とチーム編成	2	66.7%
アセスメントの実施	3	100.0%
支援方針の検討・支援計画の作成	3	100.0%
医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	3	100.0%
院外関係機関との連携・情報共有	3	100.0%
ケア会議の実施	2	66.7%
ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	3	100.0%
居住に関する支援	1	33.3%
就労・就学(復職・復学)支援	2	66.7%
診察同行・診察の促し・入退院の調整	1	33.3%
服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	2	66.7%
家族支援	0	0.0%
危機介入	1	33.3%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

d) 包括的支援マネジメントへの作業療法士の関与の程度

「作業療法士が中心的に実施」した業務は、「アセスメントの実施」と「ご本人の生活を支える直接支援（家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援）」の割合が最も高く 58.3%となっている。次いで、「支援方針の検討・共有や支援計画の作成」が 50.0%となっている。

「作業療法士は補助的に関与」した業務は、「ケア会議」の割合が最も高く 50.0%となっている。次いで、「参画職種の検討とチーム編成」と「服薬・症状の自己管理の援助（身体疾患も含む）」が 41.7%となっている。

なお、「作業療法士が中心的に実施」と「作業療法士は補助的に関与」とを合計した、作業療法士が何らかの形で関与した割合は、基本機能においては多くの業務において 70%以上となっており、特に「アセスメントの実施」、「支援方針の検討・共有や支援計画の作成」には 90%以上で作業療法士が関与している。また、付加的機能においては、「ご本人の生活を支える直接支援（家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援）」には 91.6%で作業療法士が関与している。

図表 3-42 各業務への包括的支援マネジメントへの作業療法士の関与の程度(問19-1)

(n=12)		作業療法士が 中心的に実施	作業療法士は 補助的に関与	チームとしては 実施したが 作業療法士は 関与はしていない	チームとして 実施していない (作業療法士も 実施していない)	無回答・ 無効回答
基本 機能	参画職種の検討とチーム編成	<u>41.7%</u>	<u>41.7%</u>	16.7%	0.0%	0.0%
	アセスメントの実施	<u>58.3%</u>	41.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	支援方針の検討・共有や支援計画の作成	<u>50.0%</u>	41.7%	8.3%	0.0%	0.0%
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	<u>41.7%</u>	33.3%	25.0%	0.0%	0.0%
	院外関係機関との連携・情報共有	<u>33.3%</u>	<u>33.3%</u>	25.0%	8.3%	0.0%
	ケア会議の実施	33.3%	<u>50.0%</u>	8.3%	8.3%	0.0%
付 加 的 機 能	ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	<u>58.3%</u>	33.3%	0.0%	8.3%	0.0%
	居住に関する支援	16.7%	16.7%	16.7%	<u>50.0%</u>	0.0%
	就労・就学(復職・復学)支援	16.7%	33.3%	8.3%	<u>41.7%</u>	0.0%
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	33.3%	8.3%	8.3%	<u>50.0%</u>	0.0%
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	25.0%	<u>41.7%</u>	16.7%	16.7%	0.0%
	家族支援	<u>41.7%</u>	0.0%	25.0%	33.3%	0.0%
	危機介入	33.3%	16.7%	0.0%	<u>50.0%</u>	0.0%

※「参画職種の検討とチーム編成」から「危機介入」までの各項目に、最も割合の高い選択肢に下線を付している。

e) 作業療法士が中心的に遂行することが望まれる業務

基本機能においては、「アセスメントの実施」、「支援方針の検討・支援計画の作成」の割合が最も高く 100.0%となっている。次いで、「医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有」が 91.7%となっている。

付加的機能においては、「ご本人の生活を支える直接支援（家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援）」の割合が最も高く 100.0%となっている。次いで、「危機介入」が 75.0%となっている。

図表 3-43 作業療法士が中心的に遂行することが望まれる業務(問 19-2、複数選択)

		件数	割合 n=12
基本機能	参画職種の検討とチーム編成	7	58.3%
	アセスメントの実施	12	100.0%
	支援方針の検討・支援計画の作成	12	100.0%
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	11	91.7%
	院外関係機関との連携・情報共有	8	66.7%
	ケア会議の実施	6	50.0%
付加的機能	ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	12	100.0%
	居住に関する支援	5	41.7%
	就労・就学(復職・復学)支援	7	58.3%
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	3	25.0%
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	7	58.3%
	家族支援	7	58.3%
	危機介入	9	75.0%

④ 作業療法士の直接支援

a) 多職種チーム参画期間を通じた作業療法の方法

「訪問(自宅、職場、日中活動場所等)での支援」の割合が最も高く 66.7%となっている。次いで、「心理教育(疾病理解、クライシスプラン等)」と「その他」が 41.7%となっている。なお、「その他」については、デイケアでの集団・個別プログラムの実施が多く挙げられていた。

図表 3-44 多職種チーム参画期間を通じた作業療法の方法(問20)

	件数	割合 n=12
外来での個別OT	1	8.3%
外来での集団OT	0	0.0%
心理教育(疾病理解、クライシスプラン等)	5	41.7%
訪問(自宅、職場、日中活動場所等)での支援	8	66.7%
院外その他機関等への同行	4	33.3%
その他	5	41.7%
実施していない	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

b) 患者に対する作業療法の頻度

全期間を通じて、「1週に1回」の割合が最も高くなっているが、時間の経過とともに「1カ月に1回」の割合が増加している。

図表 3-45 患者に対する作業療法の頻度(問21)

(n=12)	参画時点 ～3カ月時点	3カ月時点 ～6カ月時点	6カ月時点 ～9カ月時点	9カ月時点 ～1年時点
1週に3回以上	16.7%	16.7%	16.7%	0.0%
1週に2回	0.0%	8.3%	16.7%	8.3%
1週に1回	41.7%	33.3%	25.0%	33.3%
2週に1回	8.3%	8.3%	0.0%	8.3%
3週に1回	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1カ月に1回	8.3%	16.7%	25.0%	33.3%
期間内に1～2回	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
実施していない	25.0%	16.7%	16.7%	16.7%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

c) 作業療法1回当たりの時間

参画時点から3カ月時点、3カ月時点～6カ月時点においては「60分以上」の割合が最も高くなっているが、6カ月時点～9カ月時点では「60分以上」と「30分以上60分未満」の割合が最も高く、9カ月時点～1年時点においては「30分以上60分未満」の回答割合が最も高くなっている。

図表 3-46 作業療法1回当たりの時間(問22)

(n=12)	参画時点 ～3カ月時点	3カ月時点 ～6カ月時点	6カ月時点 ～9カ月時点	9カ月時点 ～1年時点
60分以上	41.7%	41.7%	41.7%	25.0%
30分以上60分未満	25.0%	33.3%	41.7%	58.3%
30分未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
実施していない	33.3%	25.0%	16.7%	16.7%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

⑤ 効果

a) GAF の推移

「参画時点」においては、「31～40 点」の割合が最も高く 58.3%であり、平均値は 33.2 点となっている。「6 カ月後時点」においては、「31～40 点」の割合が最も高く 50.0%であり、平均値は 41.3 点となっている。そして「1 年後時点」においては、「41～50 点」の割合が最も高く 58.3%であり、平均値は 50.1 点となっている。

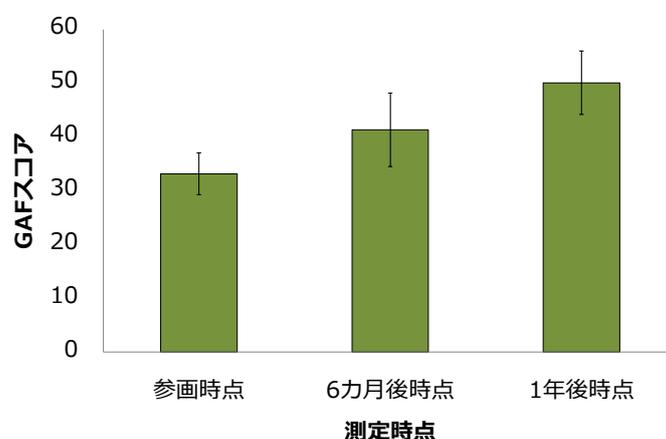
図表 3-47 GAF の推移(問 23)

(n=12)	参画時点	6カ月後時点	1年後時点
0点	0.0%	0.0%	0.0%
1～10点	0.0%	0.0%	0.0%
11～20点	0.0%	0.0%	0.0%
21～30点	41.7%	8.3%	0.0%
31～40点	58.3%	50.0%	8.3%
41～50点	0.0%	41.7%	58.3%
51～60点	0.0%	0.0%	33.3%
61～70点	0.0%	0.0%	0.0%
71～80点	0.0%	0.0%	0.0%
81～90点	0.0%	0.0%	0.0%
91～100点	0.0%	0.0%	0.0%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%	0.0%
平均値	33.2	41.3	50.1
最大値	40	50	60
最小値	29	30	40
標準偏差	3.9	6.8	5.9

GAF スコアの時間変化を検討するため、1 要因の繰り返しあり分散分析を実施した。その結果、時間の主効果は有意であった($F(2, 22) = 38.28$, $p < .001$, $\eta^2 = .78$)。Bonferroni 補正を用いたペアワイズ比較の結果、参画時点と 6 カ月後($p = .004$)、参画時点と 1 年後($p < .001$)、6 カ月後と 1 年後($p < .001$)のすべての比較で有意なスコアの向上が認められた。

この結果は、作業療法士の支援において、GAF スコアが時間の経過とともに向上することを示唆している。

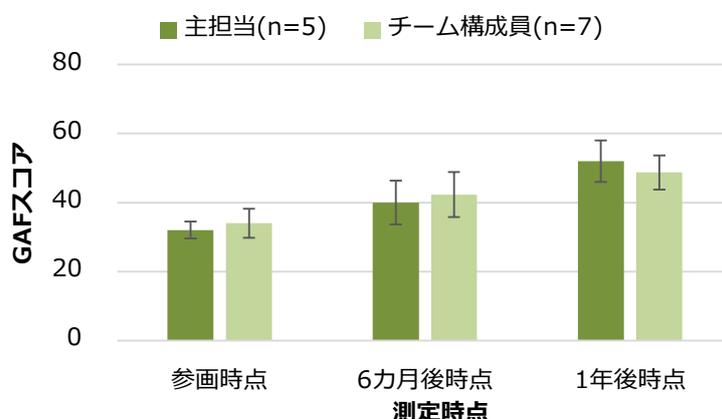
図表 3-48 GAF スコアの推移(エラーバーは標準偏差)



※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれないため、作業療法士の効果を示唆する参考値である点に留意。

なお、参考値ではあるが、作業療法士のチームでの立ち位置(主担当の場合とチーム構成員の場合)を加味し、GAF スコアの推移をグラフにしたものが以下の図表である。

図表 3-49 作業療法士のチームでの立ち位置別の GAF スコアの推移(エラーバーは標準偏差)



※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれていないため、作業療法士の効果を示唆する参考値である点に留意。また、n 値が限られる点にも留意。

※主担当とチーム構成員による効果の相違については、継続的な調査研究が望まれる。

b) CGI-I(改善度)

6 カ月後時点では「少し良くなった」の割合が最も高く 75.0%となっており、次いで「良くなった」が 16.7%となっている。1 年後時点では、「良くなった」の割合が最も高く 33.3%となっており、次いで「非常に良くなった」と「変わらなかった」が 25.0%となっている。

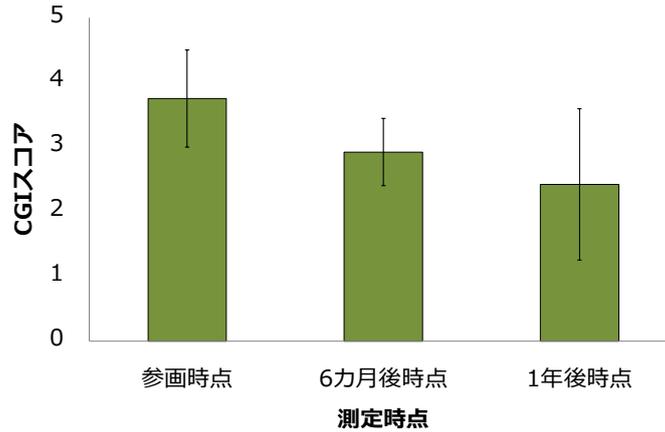
図表 3-50 CGI-I(改善度)(問 24)

(n=12)	6カ月後時点	1年後時点
非常に良くなった	0.0%	25.0%
良くなった	16.7%	33.3%
少し良くなった	75.0%	16.7%
変わらなかった	8.3%	25.0%
少し悪くなった	0.0%	0.0%
悪くなった	0.0%	0.0%
非常に悪くなった	0.0%	0.0%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%

CGI スコア(非常に良くなった:1~非常に悪くなった:7)の時間変化について、1 要因の繰り返しあり分散分析を実施した。その結果、時間の主効果は有意であった($F(2, 22) = 9.63, p < .001, \eta^2 = .47$)。Bonferroni 補正を用いたペアワイズ比較の結果、参画時点と 6 カ月後($p = .016$)、参画時点と 1 年後($p = .019$)に有意なスコアの低下が認められたが、6 カ月後と 1 年後の間には有意な差が認められなかった($p = .246$)。

この結果は、作業療法士の支援において、CGI スコアが参画後 6 カ月で有意に低下し、その後維持されていることを示唆している。

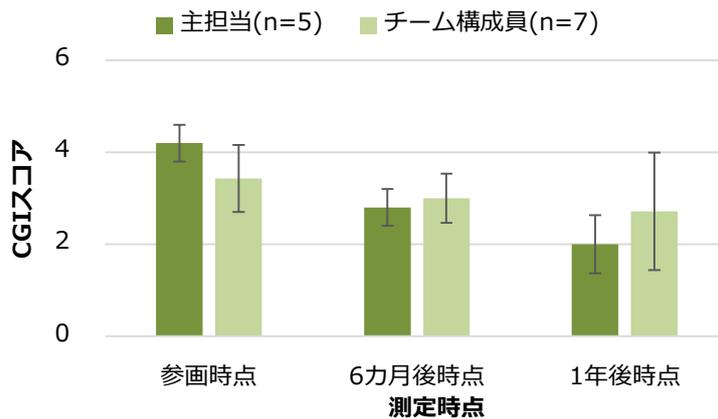
図表 3-51 CGI スコアの推移(エラーバーは標準偏差)



※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれないため、作業療法士の効果を示唆する参考値である点に留意。

なお、参考値ではあるが、作業療法士師のチームでの立ち位置(主担当の場合とチーム構成員の場合)を加味し、CGI スコアの推移をグラフにしたものが以下の図表である。

図表 3-52 作業療法士のチームでの立ち位置別の CGI スコアの推移(エラーバーは標準偏差)



※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれないため、作業療法士の効果を示唆する参考値である点に留意。また、n 値に限られる点にも留意。

※主担当とチーム構成員による効果の相違については、継続的な調査研究が望まれる。

c) 予約外受診回数

作業療法士の参画 3 カ月前から参画時点までの予約外受診回数は、「なし」の割合が 100.0%となっている。参画 9 カ月後時点から 1 年後時点までの予約外受診回数は、「なし」の割合が 100.0%となっている。

図表 3-53 予約外受診回数(問25)

(n=12)	参画3カ月前 ~参画時点	参画9カ月後時点 ~1年後時点
なし	100.0%	100.0%
1回	0.0%	0.0%
2回以上	0.0%	0.0%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%

d) 作業療法士の参画前後 1 年間における入院の状況

作業療法士の参画前後 1 年間における入院回数をみると、参画前 1 年間では「入院なし」が 33.3%、「1回」が 50.0%、「2回以上」が 16.7%となっている。一方で参画後 1 年間では、「入院なし」が 100.0%となっている。

また、作業療法士の参画前後 1 年間における 1 回当たり平均入院日数をみると、参画前 1 年間では 300.8 日となっている。

図表 3-54 作業療法士の参画前後 1 年間における入院回数(問 26)

(n=12)	参画前 1年間	参画後 1年間
入院なし	33.3%	100.0%
1回	50.0%	0.0%
2回以上	16.7%	0.0%
無回答・無効回答	0.0%	0.0%

図表 3-55 作業療法士の参画前後 1 年間における総入院日数(問 26)

	参画前 1年間 n=8	参画後 1年間 n=0
30日未満	0.0%	-
180日未満	50.0%	-
180日以上	50.0%	-
無回答・無効回答	0.0%	-
平均値	349.3	-
最大値	962	-
最小値	50	-
1回当たり平均入院日数	300.8	-

※「1 回当たり平均入院日数」は、各患者の 1 回当たりの入院日数について平均値を取ったものである。一方、表中断の「平均値」は、各患者の総入院日数の平均値を取ったものである。

e) 作業療法士の参画による患者への効果に関する自由記述

ヒアリング調査で得られた患者への効果に関する中項目に、自由記述の回答結果を整理すると、以下の図表のように整理できる。

「社会資源へのつながりや地域生活の維持」の件数が最も多く 11 件、次いで「ニーズ把握やアセスメントの精度向上」が 6 件となっている。ヒアリング調査では挙げられていなかった中項目として、「身体面での機能向上や活動性の向上」(4 件)と「家族支援(患者理解の促進等)」(3 件)が挙げられている。

図表 3-56 作業療法士の参画による患者への効果(問 27、自由記述)

中項目	意見例	件数
社会資源へのつながりや地域生活の維持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所との連携を密に行い、本人の地域定着を自宅、事業所の視点で包括的に支えた。 ・ 当初グループホーム入所を拒んでいたが、本人の特性に合ったグループホームをピックアップし、本人の想いを確認しながら見学を実施したことで、自身で入所を選択できた。 ・ アルバイトでの就労の希望が聞かれたが、多職種で相談を行い、就労したい理由の整理や本人の能力を評価し、その結果、就労継続支援 B 型に繋がった。本人も B 型での仕事内容が気に入り、金銭面での不安も緩和された。 	11
ニーズ把握やアセスメントの精度向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の能力評価を共有し、現在から将来にかけてできそうな作業、仕事、生活面のことを具体化し支援プログラムに組み込むことができた。 ・ 生活場面にて精神状態・生活能力について評価。評価を基に、必要な助言を行い体調管理・生活を維持。 ・ クライシスプランを作成。訪問時に、プランを基に本人と体調面・生活状況の確認、必要な助言を行い体調管理と生活を維持。 	6
身体面での機能向上や活動性の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体機能向上のための自主トレーニングの導入。 ・ 活動量増加に向けて日常活動量を増加させる重要性和具体的な方法の理解及び実施。 	4
家族支援(患者理解の促進等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族と本人の状態・支援状況について共有。家族が病気に対する理解を得て、関わりが変化し、本人にとって負担が少なくなった。 	3
自己管理・対処スキル・能力構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活動と休息のリズム獲得。 	2
自己理解を深める	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病状理解の深化。 	1
安心できる場づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安全・安心感の獲得。 	1

⑥ 転帰

- a) 作業療法士の多職種チーム参画から1年後時点での包括的支援マネジメントの実施状況「継続」の割合が最も高く83.3%となっており、次いで「終了」が16.7%となっている。

図表 3-57 参画から1年後時点での包括的支援マネジメントの実施状況(問28)

	件数	割合 n=12
継続	10	83.3%
終了	2	16.7%
中断	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%
全体	12	100.0%

- b) 包括的支援マネジメントを「終了」「中断」した理由

「包括的支援マネジメントの目的達成」の割合が100.0%となっている。

図表 3-58 包括的支援マネジメントを「終了」「中断」した理由(問28)

	件数	割合 n=2
入院	0	0.0%
転院	0	0.0%
本人や家族の拒否	0	0.0%
死亡	0	0.0%
包括的支援マネジメントの目的達成	2	100.0%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

(3) 他職種票の調査結果

① 回答職種

「精神保健福祉士」が77.8%、「看護師」が16.7%、「保健師」が5.6%となっている。

図表 3-59 回答職種(他:問1)

	件数	割合 n=18
医師	0	0.0%
看護師	3	16.7%
保健師	1	5.6%
精神保健福祉士	14	77.8%
薬剤師	0	0.0%
その他	0	0.0%
無回答・無効回答	0	0.0%

② 包括的支援マネジメントの各業務を作業療法士が実施することに対する他職種の評価

a) 作業療法士が各業務において中心的な役割を担う場合の評価

基本機能は、全ての項目で「チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う」の割合が最も高くなっている。特に「アセスメントの実施」は72.2%と最も割合が高くなっている。

付加的機能は、「ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)」と「就労・就学(復職・復学)支援」において、「チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う」の割合が最も高くなっている。なお、「診察同行・診察の促し・入退院の調整」については、「他職種が実施したほうが良いと思う」の割合が最も高くなっている。

図表 3-60 作業療法士が各業務において中心的な役割を担う場合の評価(他:問2-1)

	(n=18)	チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う	チームとして求められる役割を適切に果たせると思う	他職種が実施したほうが良いと思う	わからない	無回答・無効回答
基本機能	参画職種の検討とチーム編成	50.0%	22.2%	27.8%	0.0%	0.0%
	アセスメントの実施	72.2%	16.7%	11.1%	0.0%	0.0%
	支援方針の検討・共有や支援計画の作成	61.1%	27.8%	11.1%	0.0%	0.0%
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	55.6%	33.3%	11.1%	0.0%	0.0%
	院外関係機関との連携・情報共有	44.4%	16.7%	38.9%	0.0%	0.0%
	ケア会議の実施	50.0%	33.3%	16.7%	0.0%	0.0%
付加的機能	ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	61.1%	27.8%	11.1%	0.0%	0.0%
	居住に関する支援	33.3%	50.0%	16.7%	0.0%	0.0%
	就労・就学(復職・復学)支援	38.9%	33.3%	22.2%	5.6%	0.0%
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	11.1%	33.3%	55.6%	0.0%	0.0%
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	11.1%	61.1%	27.8%	0.0%	0.0%
	家族支援	27.8%	50.0%	22.2%	0.0%	0.0%
危機介入	33.3%	38.9%	27.8%	0.0%	0.0%	

b) 作業療法士が各業務において補助的な役割を担う場合の評価

基本機能は、「院外関係機関との連携・情報共有」を除く全ての項目において、「チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う」が最も高い割合になっている。

付加的機能は、「ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)」、「居住に関する支援」、「就労・就学(復職・復学)支援」において、「チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う」が最も高い割合になっている。また、「診察同行・診察の促し・入退院の調整」、「服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)」、「家族支援」、「危機介入」は、「チームとして求められる役割を適切に果たせると思う」が最も高い割合になっている。

図表 3-61 作業療法士が各業務において補助的な役割を担う場合の評価(他:問 2-2)

(n=18)		チームとして求められる役割を適切に果たし、専門性によるプラスアルファの効果もあると思う	チームとして求められる役割を適切に果たせると思う	他職種が実施したほうが良いと思う	わからない	無回答・無効回答
基本機能	参画職種の検討とチーム編成	50.0%	27.8%	22.2%	0.0%	0.0%
	アセスメントの実施	83.3%	11.1%	5.6%	0.0%	0.0%
	支援方針の検討・共有や支援計画の作成	72.2%	22.2%	5.6%	0.0%	0.0%
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	55.6%	44.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	院外関係機関との連携・情報共有	38.9%	44.4%	16.7%	0.0%	0.0%
	ケア会議の実施	55.6%	33.3%	11.1%	0.0%	0.0%
付加的機能	ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	居住に関する支援	61.1%	27.8%	11.1%	0.0%	0.0%
	就労・就学(復職・復学)支援	66.7%	16.7%	11.1%	5.6%	0.0%
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	22.2%	44.4%	33.3%	0.0%	0.0%
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	27.8%	66.7%	5.6%	0.0%	0.0%
	家族支援	33.3%	50.0%	16.7%	0.0%	0.0%
	危機介入	33.3%	61.1%	5.6%	0.0%	0.0%

③ 作業療法士の参画効果について

a) 患者への効果

作業療法士の参画による患者への効果は、「専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上」が最も多く12件となっている。次いで、「生活を見据えた具体的な直接支援と患者の自信・能力の向上」が9件、「ストレンクス重視・リカバリー志向の支援が可能」が5件となっている。

図表 3-62 作業療法士の参画による患者への効果(他:問3-1)

大項目	意見例(要約)	件数
専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上	<ul style="list-style-type: none"> 身体面、精神面、機能面、環境面等、多角的なアセスメントを元にした支援計画の策定。 生活動作等を詳細に評価し、効果的な解決方法を提案できる。 作業を通した能力評価等により、就労や作業所へつなぐ上での効果がある。 	12
生活を見据えた具体的な直接支援と患者の自信・能力の向上	<ul style="list-style-type: none"> 食事や入浴、歯を磨くなど生活に即した応用的な動作において科学的根拠に基づいた身体評価と直接支援。 患者の自信や能力を取り戻す。 	9
ストレンクス重視・リカバリー志向の支援が可能	<ul style="list-style-type: none"> 環境含めたその人自身のリカバリーを目指す。 ストレンクス視点、リカバリー志向のアプローチによりその人らしい回復を目指す。 	5
安心できる身近な相談相手となる	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法を通した直接的な関わりにより、良好な関係を構築し、身近な相談相手として安心できる存在になる。 	3
ライフステージに合わせた支援が可能	<ul style="list-style-type: none"> 疾患、年代等を問わずアプローチができるため、その人のライフステージに合わせた支援が可能。 	1

b) 他職種・チームへの効果

作業療法士の参画による他職種・チームへの効果は、「専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上」が14件、「患者理解の促進(普段の様子や生活、得手・不得手、ADL、関わり方など)」が8件、「介入の幅の増加」が4件となっている。

図表 3-63 作業療法士の参画による他職種・チームへの効果(他:問3-2)

大項目	意見例(要約)	件数
専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上	<ul style="list-style-type: none"> 生活動作等を詳細に評価し、効果的な解決方法を提案してもらえる。 多角的なアセスメントから支援計画を策定することができる。 就労支援において、何が大事なのか、どういう視点を持てば良いのかをアドバイスしてくれる。 	14
患者理解の促進(普段の様子や生活、得手・不得手、ADL、関わり方など)	<ul style="list-style-type: none"> 患者の身近な存在であり普段の様子など多職種へ情報共有ができる。 患者のADLや得意なこと、苦手なことを教えてもらえる。 訪問で家のつくりや本人の動きを細かく見てもらえる。 	8
介入の幅の増加	<ul style="list-style-type: none"> 直接介入手段の豊富さ(身体機能面でのアプローチ、環境へのアプローチ、医療的なアプローチ、精神面へのアプローチ等)により介入の幅が広がる。 	4
ストレンクス重視・リカバリー志向のチーム支援が可能	<ul style="list-style-type: none"> ストレンクス視点、リカバリー志向のアプローチから、チーム全体でその人らしい回復を目指す目標設定に繋げていくことができる。 	3
チームビルディングや他機関連携の促進	<ul style="list-style-type: none"> 就労関係の支援機関(ハローワーク、なかぼつなど)と連携が強化される。 	2

第4章 まとめと提言

1 調査結果のまとめ

本事業では、公認心理師と作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画を促進していくために、両職種が包括的支援マネジメントに参画している事例を収集し、それらの事例に基づき公認心理師と作業療法士が包括的支援マネジメントにおいて果たす役割と効果を整理することを目的とした。また、調査結果を踏まえ、両職種の包括的支援マネジメントへの参画を促進するためのハンドブックを作成することとした。

本節では、調査の結果を踏まえ、両職種の参画の経緯、参画が望まれる患者像、包括的支援マネジメントを構成する各業務(関係構築、アセスメント、支援計画作成、直接支援、院内外との連携、アウトリーチ)における具体的な役割、多職種チームにおける両職種の位置づけ、参画の効果を整理した。そして、両職種の参画を促進するための課題と求められる支援策をまとめた。なお、ハンドブックについては、別冊を参照いただきたい。

(1) 公認心理師・作業療法士の参画経緯

ヒアリング調査結果に基づき公認心理師と作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画経緯をまとめると、以下の図表のように整理できる。(調査結果は、第2章1(2)①、第3章1(2)①を参照)

① 公認心理師の参画経緯

大項目「アセスメントの必要性」については、「他職種・地域の支援者にアセスメント結果を説明する必要性」等が挙がっていた。また、大項目「患者との関係性」においては、「支援者と患者の関係構築・維持の必要性」や「公認心理師と患者に継続的な関係性が既にあった」が比較的多く挙がっていた。そして大項目「対応が求められていた課題」については、事例により様々な課題があり体系的な整理が困難ではあるものの、「家族への支援や家族関係を踏まえた対応の必要性」、「発達支援の必要性」、「強迫症への介入」、「心理教育(障害受容・疾病理解)の必要性」、「周産期の患者で精神科の既往歴・現病歴のある人」、「生活支援の必要性」といった事例があった。大項目としてその他に、「支援アプローチの見直しや導入」をきっかけとしている事例や、「他職種・他機関から公認心理師の参画相談」があった事例が挙がっていた。

なお、ヒアリングで取り上げられた事例では、参画の経緯としてこれらの項目が複数組み合わせられていた。

図表 4-1 公認心理師の包括的支援マネジメントへの参画経緯(再掲)

大項目	中項目	件数
アセスメントの必要性	他職種・地域の支援者にアセスメント結果を説明する必要性	2
	情緒・行動上の問題やコミュニケーションの問題へのアセスメント	1
	問題行動の解決のためアセスメント	1
	心理検査の必要性	1
患者との関係性	支援者と患者の関係構築・維持の必要性	4
	公認心理師と患者に継続的な関係性が既にあった	4
	患者と深い関係を構築することへの期待	1
	患者が公認心理師の参画を希望	1
対応が求められていた課題	家族への支援や家族関係を踏まえた対応の必要性	4
	発達支援の必要性	2
	強迫症への介入	2
	心理教育(障害受容・疾病理解)の必要性	2
	周産期の患者で精神科の既往歴・現病歴のある人	2
	生活支援の必要性	2
	中長期的なトラウマトリートメントの必要性	1
	対人関係の構築能力への支援	1

	障害福祉サービスの利用等の相談	1
	グループホーム入所や就労に向けた支援	1
	外出支援	1
	服薬管理	1
支援アプローチの見直しや導入	デイケアの利用開始	2
	日常生活への支援・家族支援・心理社会的問題への包括的なアプローチの開始	1
	就労支援の開始	1
	ACTの利用開始	1
	カウンセリングでの支援の開始	1
他職種・他機関から公認心理師の参画相談	提携先の産婦人科より相談	1
	養護施設より公認心理師へ直接連絡	1

② 作業療法士の参画経緯

大項目「患者との関係性」においては、「作業療法士と患者に継続的な関係性が既にあった」が挙がっていた。また、大項目「対応が求められていた課題」については、事例により様々な課題があり体系的な整理が困難ではあるものの、「一人暮らしに向けた支援」、「身体機能面に関する介入の必要性」、「安全・安心の獲得」といった事例が多くなっていた。その他にも、「ストレス対処法の習得」、「地域への定着」、「居場所づくり」、「就労に向けた体力づくり」なども挙がっていた。

大項目としてその他に、「支援アプローチの見直しや導入」をきっかけとしている事例や、「他職種・他機関から作業療法士の参画相談」があった事例が挙がっていた。他職種からの参画依頼としては、「精神保健福祉士からの参画提案」が挙がっていた。

なお、ヒアリングで取り上げられた事例では、参画の経緯としてこれらの項目が複数組み合わせられていた。

図表 4-2 作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画経緯(再掲)

大項目	中項目	件数
患者との関係性	作業療法士と患者に継続的な関係性が既にあった	2
対応が求められていた課題	一人暮らしに向けた支援	4
	身体機能面に関する介入の必要性	2
	安全・安心の獲得	2
	ストレス対処法の習得	1
	地域への定着	1
	症状の軽減	1
	居場所づくり	1
	発散・気分転換・楽しみづくり	1
	就労に向けた体力づくり	1
支援アプローチの見直しや導入	デイケアの利用開始	1
	訪問看護の利用開始	1
	就労支援の開始	1
他職種・他機関から作業療法士の参画相談	精神保健福祉士からの参画提案	2
	相談支援事業所から作業療法士に支援依頼	1

(2) 公認心理師・作業療法士の参画が望まれる患者像

① アンケート調査結果のまとめ

アンケート調査結果を踏まえ、公認心理師・作業療法士が包括的支援マネジメントに参画したケースの患者属性を先行研究と比較すると以下の図表のようになる。厳密な統計的な比較ではないが、公認心理師や作業療法士が参画しているケースの特徴を把握する上では一定の意味があると思われる。

年齢について、先行研究と比較して公認心理師の参画ケースにおいては、「10歳代」「20歳代」が一定割合を占めている。一方で作業療法士の参画ケースにおいては、「70歳代以上」の割合が上位に挙げられている。

精神障害者保健福祉手帳の所持者や生活保護の受給については、公認心理師の参画ケースや作業療法士の参画ケースでは先行研究よりも割合が低くなっている。

入院状況について、公認心理師においては、先行研究と同様に「入院なし」が6割以上を占めているが、作業療法士参画ケースにおいては入院ありが6割以上となっている。

主診断をみると、公認心理師参画ケースも作業療法士参画ケースも、先行研究と同様に「F2:統合失調症圏」の割合が最も高くなっている。一方で、公認心理師参画ケースでは「F4:神経症性障害圏」が上位に挙げられている点や、「F6:人格障害圏」も少ないながら一定割合を占めている点に特徴がみられる。また、作業療法士参画ケースでは、「F1:精神作用物質使用」や「F7:知的障害」が上位に挙げられている。

ICMSSについて、公認心理師・作業療法士参画ケースにおいても、「6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある」と「自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)」が7割以上を占めている点や、「自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」が上位に挙げられている点は先行研究と同様である。一方で、公認心理師参画ケースでは、「家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある」や「自傷や自殺を企てたことがある」が、作業療法士参画ケースでは「自傷や自殺を企てたことがある」、「家族への暴力、暴言、拒絶がある」、「定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった」が上位に挙げられている点に特徴がみられる。

図表 4-3 患者属性の特徴

		公認心理師 n=40	作業療法士 n=12	先行研究※
年齢	10歳代以下	10.0%	0.0%	0.0%
	20歳代	25.0%	16.7%	12.2%
	30歳代	15.0%	8.3%	19.0%
	40歳代	12.5%	25.0%	26.4%
	50歳代	27.5%	16.7%	24.1%
	60歳代	5.0%	8.3%	11.2%
	70歳代以上	5.0%	25.0%	6.6%
手帳	精神障害者保健福祉手帳を持っている	57.5%	58.3%	69.5%
生活保護	生活保護世帯である	22.5%	16.7%	40.1%
参画前・算定前 1年間での入院	入院なし	77.5%	33.3%	65.0%
	1回	22.5%	50.0%	23.8%
	2回以上	0.0%	16.7%	11.2%

(図表続き)

		公認心理師 n=40	作業療法士 n=12	先行研究※
主診断	F0:器質性精神障害	7.5%	0.0%	4.6%
	F1:精神作用物質使用	5.0%	16.7%	7.3%
	F2:統合失調症圏	25.0%	41.7%	42.6%
	F3:(F30/F31以外)気分障害	17.5%	8.3%	13.2%
	F30/F31:躁病:双極性障害	5.0%	8.3%	8.9%
	F4:神経症性障害圏	17.5%	8.3%	5.3%
	F5:生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群	0.0%	0.0%	0.3%
	F6:人格障害圏	5.0%	0.0%	0.3%
	F7:知的障害	2.5%	16.7%	5.0%
	F8:心理的発達の障害	12.5%	0.0%	11.6%
	F9:小児期・青年期に通常発生する行動・情緒の障害	2.5%	0.0%	1.0%
ICMSS	6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある	92.5%	75.0%	73.8%
	自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)	72.5%	75.0%	77.2%
	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	32.5%	8.3%	17.9%
	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	10.0%	8.3%	7.0%
	自傷や自殺を企てたことがある	32.5%	41.7%	15.2%
	家族への暴力、暴言、拒絶がある	15.0%	41.7%	19.5%
	警察・保健所介入歴がある	30.0%	25.0%	24.2%
	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	17.5%	41.7%	14.6%
	外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	12.5%	8.3%	12.3%
	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	47.5%	58.3%	35.8%
	直近の入院は措置入院である	7.5%	8.3%	5.0%
	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	17.5%	0.0%	21.5%
	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	0.0%	0.0%	8.3%
	支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	25.0%	33.3%	33.1%
同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)	17.5%	33.3%	21.5%	

※令和5年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究「精神科外来医療におけるケースマネジメントに関連する診療報酬(療養生活継続支援加算・精神科共同指導料)についての二次調査療養生活継続支援加算に関する機関・個票調査」から、療養生活継続支援加算算定ケースの調査結果を抜粋。なお、先行研究においては、療養生活継続支援加算の非算定ケースについても調査を実施しているため、非算定ケースと比較することも考えられるが、ここでは算定ケースとの比較のみを実施していることに留意いただき、あくまでも参考値としてご覧いただきたい。

② ヒアリング調査結果のまとめ

ヒアリング調査結果からは、公認心理師や作業療法士の参画が望まれる患者像を以下の図表のように整理できる。(調査結果は、第2章1(2)④a、第3章1(2)④aを参照)

a) 公認心理師の参画が望まれる患者像

最も多くの意見が挙がっていたのが「特定の疾患・課題が関係する患者」である。例えば、発達障害のある子ども、自殺リスクの高い患者、虐待が関係する患者、愛着障害や複雑性 PTSD、解離性障害、不安障害、強迫障害、双極性障害Ⅱ型、パーソナリティ障害、摂食障害の患者が挙げられている。

次いで、「病理や症状・行動等の理解が難しい患者」が挙げられる。具体的には、病理や行動等の理解が難しかったり、自分の世界にこもりがちだったり、アセスメント・診断が定まっていない患者や、周囲から勘違いされやすい患者が想定される。

また、「主訴・診断の背景に心理的葛藤がある患者」が挙げられる。具合的には、主訴の背後に心理的な葛藤や迷いを抱えていたり、治療の悩みや本音を伝えられなかったりする患者が想定される。

図表 4-4 公認心理師の参画が望まれる患者像(再掲)

患者像	具体的な患者イメージ	件数
特定の疾患・課題が関係する患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発達障害のある子ども ・ 自殺リスクの高い患者 ・ 虐待が関係する患者 ・ 愛着障害や複雑性 PTSD ・ 解離性障害 ・ 不安障害 ・ 強迫障害 ・ 双極性障害Ⅱ型 ・ パーソナリティ障害 ・ 摂食障害 	11
病理や症状・行動等の理解が難しい患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 周囲から勘違いされやすい患者(例:「それほど大きな問題を抱えていない」と思われる等)。 ・ 病理や行動等の理解が難しい患者。 ・ アセスメント・診断が定まっていない患者。 ・ 自分の世界にこもりがちな患者。 ・ 疾患特性から支援成果が見えづらく勘違いされ陰性感情を持たれやすい患者。 	10
主訴・診断の背景に心理的葛藤がある患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主訴(体)の奥に心理的な葛藤や迷いを抱えている患者。 ・ 治療の悩みや本音を医師に伝えられない患者。 ・ ディレクティブではなく、より自主性・主体性を尊重することが求められる患者。 	6
支援の必要性が見えにくい・支援につながりにくい患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 直接支援を拒否する患者。 ・ 表現能力が乏しく自己開示に抵抗が強い患者。 ・ 症状は軽度～中低度でもソーシャルサポートが必要な患者。 ・ 生活課題が目立たず困っていることが分かりにくい患者。 	5
心理療法に適応がある患者や心理検査・面接から継続して関与が望まれる患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ カウンセリングや面接で支援をしている患者。 ・ 認知行動療法やカウンセリングを期待する患者。 ・ 知能検査、認知機能検査の結果に応じた対応が求められる患者。 ・ 心理面接や心理検査を通じて関わりのある患者。 	4
支援者を振り回したり混乱させる傾向のある患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心的外傷・トラウマがある方は対人関係が不安定で、支援者を含め周りを混乱させてしまう患者。 ・ 他の支援者が振り回されて負担を感じている患者。 ・ 情緒的な不安定さから対人関係に課題がある患者。 	3
家族支援が必要な患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族への介入も含めて対応する必要のある患者。 ・ 多問題家族で地域でも大変という患者。 	2

b) 作業療法士の参画が望まれる患者像

最も多くの意見が挙がっていたのが、「就労支援のニーズがある患者」である。具体的には、就労意欲はあるが踏み出せていない患者、職を転々として特性に合った仕事が見つかっていない患者、就労を目指す上で日中活動の活動性を上げる必要がある患者が挙げられている。

次いで、「社会との接点が少ない患者」が挙げられる。具体的には、8050 問題・適応障害・知的障害等でひきこもりが長い患者、長期入院などで社会経験が乏しい患者や社会適応能力が低い患者などが挙げられている。

また、「地域で安定した日常生活を送ることを希望している患者」が挙げられる。自宅等での生活を希望しているものの、ADL が不明瞭な患者や、クライシスプランを立て相談しながら支援を行うことが望まれる患者などが挙げられている。

図表 4-5 作業療法士の参画が望まれる患者像(再掲)

患者像	具体的な患者イメージ	件数
就労支援のニーズがある患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労意欲あるが一步を踏み出せていない患者。 ・ 職を転々としてしまい、自分の特性にあった仕事を探せていない患者。 ・ 就労を目指すに当たって日中活動の活動性を挙げるため作業療法士が関与する必要がある患者。 ・ 就労のニーズがある患者。働きたい人に対しては、仕事は作業分析が多いため、専門性を活かせる部分である。就労支援にニーズがある患者は作業療法士がメインでやっていくと良い。 	6
社会との接点が少ない患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 8050問題等でひきこもりが長く続いてしまっている患者。 ・ 就労機会がない方で、社会とのつながりが持てていない患者。 ・ ひきこもり、長期入院など社会経験が乏しい、社会適応能力が低い患者。 ・ 適応障害や知的に問題があり引きこもっている患者。 	4
地域で安定した日常生活を送ることを希望している患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅で生活を希望している人で、その中でも ADL が不明瞭な患者や、そこに対して支援が必要な患者。 ・ 医療的ケアから切り離せない精神症状等があり、生活の中でどう対処するか、クライシスプランだけでなく相談しながら入っていった方が良い患者。 ・ ひきこもりや長期入院の患者は、まず医療につなげてから、どう地域生活を広げていくかという支援が必要な人々であり、そこで作業療法士の視点が生かされる。 	4
身体的な課題を抱える患者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体的に問題がある患者。 ・ パーキンソン病の患者、脳血管障害等の後遺症がある患者、事故で指がない患者等、作業療法士のリハビリの対象になる患者。 ・ 身体機能のリハビリが必要な患者。 	3
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後の生活の展望や将来のイメージを持ってないでいる患者。 ・ トラウマがあり心理的配慮が必要な患者。 ・ 関係構築に作業が有効な患者。 	3

(3) 公認心理師・作業療法士の役割

① 公認心理師の役割

a) アンケート調査結果のまとめ

アンケート調査の他職種票の結果より、公認心理師が中心的な役割を担う場合と補助的な役割を担う場合の他職種の評価についてまとめた。以下の図表は、包括的支援マネジメントの基本機能と付加的機能のそれぞれにおいて、チームとして求められる役割を適切に果たし、なおかつ専門性によるプラスアルファの効果もあると他職種が評価している割合を示している。

「アセスメントの実施」、「ケア会議の実施」、「服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)」、「家族支援」、「危機介入」については、公認心理師が中心的な役割を担う場合の方が、専門性によるプラスアルファの効果まで期待できると評価している。その他の項目については、補助的な役割を担う方が、専門性によるプラスアルファの効果まで期待できると評価している。

図表 4-6 中心的な役割を担う場合と補助的な役割を担う場合の他職種の評価

		他職種の評価(n=19) チームとして求められる役割を適切に果たし、 専門性によるプラスアルファの効果もあると思う割合		
		中心的な役割を 担う場合	補助的な役割を 担う場合	差
		a	b	a-b
基本 機能	参画職種の検討とチーム編成	52.6%	78.9%	-26.3pt
	アセスメントの実施	84.2%	84.2%	0.0pt
	支援方針の検討・支援計画の作成	47.4%	63.2%	-15.8pt
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	47.4%	57.9%	-10.5pt
	院外関係機関との連携・情報共有	31.6%	52.6%	-21.1pt
	ケア会議の実施	63.2%	63.2%	0.0pt
付 加 的 機 能	ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	36.8%	47.4%	-10.5pt
	居住に関する支援	5.3%	21.1%	-15.8pt
	就労・就学(復職・復学)支援	47.4%	52.6%	-5.3pt
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	10.5%	36.8%	-26.3pt
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	42.1%	36.8%	5.3pt
	家族支援	68.4%	52.6%	15.8pt
	危機介入	63.2%	47.4%	15.8pt

※他職種票の問 2-1 と問 2-2 を参照。

一方で、アンケート調査の個票の結果より、包括的支援マネジメントの基本機能と付加的機能のそれぞれの項目において公認心理師が中心的な役割を担う場合の、公認心理師自身の評価を整理すると、次頁の図表のようになる。

図表中の a と b を比較した場合に、b が a と同等あるいはそれ以上の場合、実際には中心的な役割を担わなかったケースにおいても、中心的な役割を担うことを公認心理師自身が望んでいる可能性が考えられる。一方で、b が a よりも低い場合、実際に中心的な役割を担ったものの、公認心理師以外の職種が中心的な役割を担った方が望ましいと判断された可能性がある。

このように考えると、「参画職種の検討とチーム編成」と「服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)」以外の全ての項目について、公認心理師がより一層中心的な役割を担うことを望んでいる現状があると言える。

図表 4-7 公認心理師が中心的な役割を担う場合に関する公認心理師の評価

		公認心理師自身の評価(n=40)		
		中心的な役割を 実際に担った	中心的な役割を 担うことを望む	差
		a	b	b-a
基本 機能	参画職種の検討とチーム編成	52.5%	50.0%	-2.5pt
	アセスメントの実施	67.5%	90.0%	22.5pt
	支援方針の検討・支援計画の作成	55.0%	72.5%	17.5pt
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	80.0%	87.5%	7.5pt
	院外関係機関との連携・情報共有	67.5%	87.5%	20.0pt
	ケア会議の実施	32.5%	50.0%	17.5pt
付 加 的 機 能	ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	12.5%	35.0%	22.5pt
	居住に関する支援	2.5%	15.0%	12.5pt
	就労・就学(復職・復学)支援	25.0%	32.5%	7.5pt
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	25.0%	32.5%	7.5pt
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	32.5%	30.0%	-2.5pt
	家族支援	37.5%	60.0%	22.5pt
	危機介入	22.5%	30.0%	7.5pt

※個票の間 19-1 と問 19-2 を参照。

以上のアンケート調査結果から、包括的支援マネジメントの基本機能・付加的機能の各項目への公認心理師の関与の仕方について、公認心理師自身と他職種の認識を整理すると、以下のようになる。

まず、「アセスメントの実施」、「ケア会議の実施」、「家族支援」、「危機介入」については、公認心理師自身と他職種のいずれの評価においても、公認心理師が中心的な役割を担うことへの期待が大きいことから、公認心理師の積極的な参画が望まれる項目と言える。

次いで、「支援計画の検討・支援計画の作成」、「医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有」、「院外関係機関との連携・情報共有」、「ご本人の生活を支える生活支援」、「居住に関する支援」、「就労・就学支援」、「診察同行・診察の促し・入退院の調整」については、公認心理師自身は中心的役割を担うことを望んでいるものの、他職種は必ずしもそうではない。この認識の差の背景に何があるのかを丁寧に分析していく必要があるが、考えられる可能性として、公認心理師が中心的な役割を望むものの、医療機関の人員体制等の事情で公認心理師がそれを十分に担えない現状や、公認心理師が個別支援以外にも中心的な役割を担えることがあるにも関わらず、そのことが他職種に十分に認知されておらずそうした依頼がなされないという可能性が考えられる。いずれにしても、公認心理師の準備性を積極的に発信していくことで、公認心理師の参画が促進されることが期待される。

また、「服薬・症状の自己管理の援助」は、他職種は公認心理師が中心的役割を担うことへの期待が大きいものの、公認心理師は必ずしも中心的な役割を担うことに積極的ではない。服薬・症状の自己管理の支援に当たって、他職種が公認心理師に望むことを・期待することを具体化し認識の差を埋めていくことで、公認心理師の参画が促進される可能性がある。

最後に、「参画職種の検討とチーム編成」は、他職種も公認心理師自身も、公認心理師自身が中心的な役割を担うことへの期待が大きいとは言えない。これは、公認心理師自身が参画職種の検討やチーム編成に中心的に関わるというよりも、むしろチーム内の調整役となったり、チームが機能するよう働きかけたりする等の補助的な役割を期待している可能性が考えられる。

b) ヒアリング調査結果のまとめ

ヒアリング調査から、包括的支援マネジメントを構成する業務である関係構築、アセスメント、支援計画の作成、院内外の連携、アウトリーチそして直接支援のそれぞれにおける公認心理師の役割は、以下の図表のようにまとめることができる。(第2章1(2)②a~f 参照)

図表 4-8 包括的支援マネジメントの各業務における公認心理師の役割の例

業務	調査結果のまとめ
関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が話しやすい環境を整え、患者の人となりを理解する。 ・ 徐々に患者の主訴の背景にある課題や葛藤を理解していき信頼関係を構築する。 ・ その信頼関係を起点として、患者が医療とつながる際の窓口となったり、他の支援者が患者と関係性を築いていったりするための調整役となる。
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心理面接・心理検査・行動観察を実施しながら他職種・他機関と協働し情報を統合し、チームとしての包括的なアセスメントに貢献する。 ・ 特に、支援が必要な課題(行動や態度等)の背景にある成育歴や心理的葛藤、心理的機序の分析、家族関係のアセスメントなどを行う。 ・ 他職種へ、患者の態度や行動の背景・要因・心理的機序等を説明し対応方法を助言したり、アセスメント結果をチームの支援方針の検討にフィードバックしたりする。
支援計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他職種・他機関が主体となって支援計画を作成する場合は心理検査や心理面接、行動観察から得られた情報を踏まえて助言する。 ・ 支援計画を作成する際は他職種・他機関からの情報を集約したり、患者と一緒に検討・作成する。なお、必ずしも明文化された厳密な支援計画を作成していない場合もある。 ・ 支援目標、支援体制、段階的な行動計画、公認心理師の介入計画、進捗のモニタリングなどを含めた支援計画や支援方針に基づき、患者や家族に支援方針を説明し同意を得たり、チームの支援方針の統一を図ったりし、その方針に基づき支援内容の調整を行う。
院内外の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケースの必要性に応じて、地域の支援機関や行政機関などと連絡調整を行い、各機関が支援に入るタイミングや支援の内容をコーディネートする。 ・ 院内においては各種の会議への参画、様々な資料の把握、病棟との連絡調整、そして他職種とのインフォーマルな情報共有などを通じて、支援者と患者の橋渡し、多職種チームのチームビルディング、職種間の関係円滑化などに貢献する。
アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケースの必要に応じてアウトリーチを実施する。以下はその例である。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 自宅や外出先で心理支援(例:自律訓練法、暴露法等)。 ➢ 買い物・散歩・商店街・床屋・銀行・不動産会社等への同行による生活支援。 ➢ 障害者職業センターや就労移行支援事業所、就労継続支援 B 型事業所、地域活動支援センター等への同行による就労支援や地域への橋渡し。 ➢ その他、通迷いの際の迎え、医療機関への受診同行、患者の子どもの学校へ訪問して教員・親と面談を実施するなど。 ・ なお、公認心理師自身がアウトリーチを実施しない場合でも、他職種・他機関のアウトリーチを後方支援する(コーディネートや支援・指導内容の調整等)。
直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内に加えて院外における心理支援を通じて、患者のニーズや感情・気持ちの言語化を支えたり、何らかのスキルの訓練を実施したり、患者の自己理解を深めること等に貢献する。 ・ 他機関や他職種が直接支援を実施する際に、支援のタイミングをコーディネートしたり、適切なタイミングで段階的なステップアップを促したりする。 ・ 患者に加えて協働する他職種へも心理教育を実施する。 ・ 患者の家族に対しては、心理教育の他、支援状況の説明や家族に対する支持的なカウンセリングなどを実施することもある。

② 作業療法士の役割

a) アンケート調査結果のまとめ

アンケート調査の他職種票の結果より、作業療法士が中心的な役割を担う場合と補助的な役割を担う場合の他職種の評価についてまとめた。以下の図表は、包括的支援マネジメントの基本機能と付加的機能のそれぞれにおいて、チームとして求められる役割を適切に果たし、なおかつ専門性によるプラスアルファの効果もあると他職種が評価している割合を示している。

「参画職種の検討とチーム編成」「医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有」「院外関係機関との連携・情報共有」「危機介入」については、作業療法士が中心的な役割を担う場合の方が、専門性によるプラスアルファの効果まで期待できると評価している。その他の項目については、補助的な役割を担う方が、専門性によるプラスアルファの効果まで期待できると評価されている。

図表 4-9 中心的な役割を担う場合と補助的な役割を担う場合の他職種の評価

		他職種の評価(n=18) チームとして求められる役割を適切に果たし、 専門性によるプラスアルファの効果もあると思う割合		
		中心的な役割を 担う場合	補助的な役割を 担う場合	差
		a	b	a-b
基本 機能	参画職種の検討とチーム編成	50.0%	50.0%	0.0pt
	アセスメントの実施	72.2%	83.3%	-11.1pt
	支援方針の検討・支援計画の作成	61.1%	72.2%	-11.1pt
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	55.6%	55.6%	0.0pt
	院外関係機関との連携・情報共有	44.4%	38.9%	5.6pt
	ケア会議の実施	50.0%	55.6%	-5.6pt
付 加 的 機 能	ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	61.1%	66.7%	-5.6pt
	居住に関する支援	33.3%	61.1%	-27.8pt
	就労・就学(復職・復学)支援	38.9%	66.7%	-27.8pt
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	11.1%	22.2%	-11.1pt
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	11.1%	27.8%	-16.7pt
	家族支援	27.8%	33.3%	-5.6pt
	危機介入	33.3%	33.3%	0.0pt

※他職種票の間 2-1 と間 2-2 を参照。

一方で、アンケート調査の個票の結果より、包括的支援マネジメントの基本機能と付加的機能のそれぞれの項目において作業療法士が中心的な役割を担う場合の作業療法士自身の評価を整理すると、次頁の図表のようになる。

図表中の a と b を比較した場合に、b が a と同等あるいはそれ以上の場合、実際には中心的な役割を担わなかったケースにおいても、中心的な役割を担うことを作業療法士自身が望んでいる可能性が考えられる。一方で、b が a よりも低い場合、実際に中心的な役割を担ったものの、作業療法士以外の職種が中心的な役割を担った方が望ましいと判断された項目である可能性がある。

このように考えると、「診察同行・診察の促し・入退院の調整」以外の全ての項目について、作業療法士がより一層中心的な役割を担うことを望んでいる現状があると言える。

図表 4-10 作業療法士が中心的な役割を担う場合に関する作業療法士の評価

		作業療法士自身の評価(n=12)		
		中心的な役割を 実際に担った	中心的な役割を 担うことを望む	差
		a	b	b-a
基本 機能	参画職種の検討とチーム編成	41.7%	58.3%	16.7pt
	アセスメントの実施	58.3%	100.0%	41.7pt
	支援方針の検討・支援計画の作成	50.0%	100.0%	50.0pt
	医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	41.7%	91.7%	50.0pt
	院外関係機関との連携・情報共有	33.3%	66.7%	33.3pt
	ケア会議の実施	33.3%	50.0%	16.7pt
付 加 的 機 能	ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	58.3%	100.0%	41.7pt
	居住に関する支援	16.7%	41.7%	25.0pt
	就労・就学(復職・復学)支援	16.7%	58.3%	41.7pt
	診察同行・診察の促し・入退院の調整	33.3%	25.0%	-8.3pt
	服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	25.0%	58.3%	33.3pt
	家族支援	41.7%	58.3%	16.7pt
	危機介入	33.3%	75.0%	41.7pt

※個票の間 19-1 と問 19-2 を参照。

以上のアンケート調査結果から、包括的支援マネジメントの基本機能・付加的機能の各項目への作業療法士の関与の仕方について、作業療法士自身と他職種の認識を整理すると、以下のようになる。

まず、「参画職種の検討とチーム編成」、「医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有」、「院外関係機関との連携・情報共有」、「危機介入」については、作業療法士自身と他職種のいずれの評価においても、作業療法士が中心的な役割を担うことへの期待が大きいことから、作業療法士の積極的な参画が望まれる項目と言える。

次いで、「アセスメントの実施」、「支援計画の検討・支援計画の作成」、「ケア会議の実施」、「ご本人の生活を支える生活支援」、「居住に関する支援」、「就労・就学支援」、「服薬・症状の自己管理の援助」、「家族支援」については、作業療法士自身は中心的役割を担うことを望んでいるものの、他職種は必ずしもそうではない。この認識の差の背景に何があるのかを丁寧に分析していく必要があるが、考えられる可能性として、作業療法士が個別支援以外にも中心的な役割を担えることがあるにも関わらず、そのことが他職種に十分に認知されておらずそうした依頼がなされないという可能性が考えられる。もしそうであれば、作業療法士の準備性を積極的に発信していくことで、作業療法士の参画が促進されることが期待される。

そして、「診察同行・診察の促し・入退院の調整」は、他職種も作業療法士自身も、作業療法士が中心的な役割を担うことへの期待が大きいとは言えない。仮に、先ほど述べたように、作業療法士が中心的な役割を担えるにも関わらず、それが他職種に十分に認知されていないことが影響しているのであれば、作業療法士自身の準備性を高め、そのうえで他職種にその準備性を発信していくことで、参画が促進される可能性が考えられる。

b) ヒアリング調査結果のまとめ

ヒアリング調査から、包括的支援マネジメントを構成する業務である関係構築、アセスメント、支援計画の作成、院内外の連携、アウトリーチそして直接支援のそれぞれにおける作業療法士の役割は、以下の図表のようにまとめることができる。(第3章1(2)②a～f 参照)

図表 4-11 包括的支援マネジメントの各業務における作業療法士の役割の例

業務	調査結果のまとめ
関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 患者の好み・趣味・強みといった患者のストレングスをコミュニケーションのきっかけとしながら、支援開始当初は専門職としての介入に終始するのではなく、患者の意見やプライドを尊重しつつ信頼関係を構築することを心掛ける。 患者との関係構築のポイントを他職種と共有したり、ケア会議の場等を活用しながら、他職種と患者の顔合わせを仲介する。 患者の負荷を作業療法士の観点から評価し、無理なく支援を受け続けられるように調整することで、患者を支援につなぐことに貢献する。
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 検査や面接、行動観察などを通して患者の作業能力や職業適性等を評価する。特に、作業工程や日常生活の特徴、認知の癖等を多角的に評価し、何がどの程度でき、どうすればできるようになるか、持っている能力を引き出せるか等を詳細に分析する。 チームメンバーからの情報を集約し、作業療法士が中心となってストレングスアセスメントを用いてアセスメント結果を整理することもある。 アセスメント結果は、他職種や患者にフィードバックする。他職種と患者が同席する会議の場を設定しフィードバックすることもある。
支援計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> 他職種・他機関からの情報を集約したり、患者と一緒に検討・作成したりする。必ずしも明文化された厳密な支援計画を作成していない場合もある。 支援計画の内容は、支援目標、段階的な行動計画、チームの役割分担、作業療法士の介入計画などから構成されている。必要に応じて、障害福祉等のサービス利用計画や経済面での支援計画を検討したり、リハビリプラン・クライシスプランとして整理したりする。 そのような支援計画や支援方針を患者にフィードバックして生活に関する話し合いのきっかけとしたり、チームで共有したりする。
院内外の連携	<ul style="list-style-type: none"> 院外機関との連絡調整の担当者について、他職種と役割分担を行う。 ケースの必要性に応じて、地域の支援機関や行政機関などと連絡調整を行い、各機関が支援に入るタイミングや支援の内容をコーディネートする。 院内での連携においては、例えば訪問のつどチームメンバーで情報共有を図ったり、要所所で主担当に情報共有を図る。
アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ケースの必要に応じてアウトリーチを実施する。以下はその例である。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 自宅へ訪問しての日常生活の支援(生活状態の確認、生活指導、金銭管理の支援、服薬支援、生活上のトラブルへの対処、家の掃除や片付け、食事の用意、入浴支援等)。 ▶ 買い物・不動産会社・住居探し・役所・銀行等への同行支援。 ▶ 就労継続支援B型事業所等の障害福祉サービス事業所への同行による就労支援や地域への橋渡し。 ▶ その他、医療機関への受診同行、緊急時の自宅訪問など。 なお、作業療法士自身がアウトリーチを実施しない場合でも、他職種・他機関のアウトリーチを後方支援する(支援内容の調整等)。
直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 院内における作業療法や各種プログラムの提供に加えて、院外において様々な生活支援を患者と一緒に実施する。 院外での生活支援は、例えば、訪問による生活状態の確認、生活指導、金銭管理、服薬支援、生活上のトラブルへの対処、家の掃除や片付け、買い物などの外出支援や余暇支援、食事の用意、入浴支援等を実施する。 直接支援を実施する他機関や他職種の支援のタイミングをコーディネートしたり、適切なタイミングで段階的なステップアップを促したりする。

③ 公認心理師と作業療法士の多職種チームへのかかわり方

ヒアリング調査から、多職種チームにおける公認心理師・作業療法士のかかわり方のパターンを整理し、以下の図表のように類型化を試みた。

なお、この類型は必ずしも包括的支援マネジメントにおいて明確に位置付けられたものではなく、支援対象者や多職種チームの構成、所属する医療機関や地域支援の状況等によって、容易に変遷していくものと考えられる。加えて、患者の状態や支援時期によっても流動的に変化していくもので、各ケースをいずれかの類型に当てはめていくことは意図していない。多職種チームにおいて支援をする時に、各職種の立ち位置を確認する際の参考としたり、自分たちのチーム体制を見直すヒントとなることで、より良質な支援が行える一助となることを想定しまとめたものである。

また、以下の類型は、医師の指示・依頼を前提として、コメディカルや地域の支援機関が連携する際の公認心理師や作業療法士の位置づけを整理したものである。

図表 4-12 公認心理師・作業療法士の多職種チームにおける役割のパターン

※イメージ図中の「心・OT」は、公認心理師と作業療法士を意味している。

※「他」には、院内の他職種のほか、院外の他機関も含まれる。

※イメージ図中の色遣い・枠線について

- ・ 実線で囲われた四角い黄色い枠は「チーム」の範囲である。コンサルタントタイプは、ある程度中立的・客観的な立ち位置から多職種チームと連携するため、「心・OT」が半分だけ黄色い枠内に含まれている。また協働タイプにおいては、プランニングを患者と一緒に進行などするため、患者も半分だけ黄色い枠に含まれている。
- ・ 点線で囲われた四角い薄緑の枠は「他職種・他機関」の範囲である。協働タイプでは、「どの職種であっても、役割を相互に乗り入れる形で幅広い生活支援を行う。」と記載しているとおり、職種間の相違や専門性が曖昧になり、どの職種の支援者も同じようなサポートを提供することが起こる。そのため、職種による相違を意味する薄緑の枠は設けていない。

	イメージ図※	概要
コンサルタントタイプ		<ul style="list-style-type: none"> ・ 比較的利害の絡まない中立的な立場から、主訴の背景にある葛藤や課題を聞き取り、本当に必要な支援を顕在化させ、他職種・他機関へ、アセスメント結果を共有・説明したり、支援計画について助言をしたり、他職種・他機関主導のカンファレンス・ケア会議において助言をする。
並列タイプ		<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援者同士が相互にある程度独立して、それぞれの専門性を発揮しながら支援を進める。 ・ 職種の専門性に即したアセスメントを実施し、アセスメント結果は他職種・他機関と随時共有する。 ・ 他職種・他機関のアセスメント結果や情報を参照しつつ、専門職としての個別の支援計画に基づき、心理療法や作業療法を実施する。

<p>プライマリータイプ</p>		<ul style="list-style-type: none"> 対人緊張が強い患者、医療に対する不信感が強い患者、支援者を振り回す行動をとる患者など、関係構築が困難なケースにおいて、患者とラポールを形成し、患者と医療との接点となる。 自身のアセスメントに加えて他職種・他機関から得られた情報を基に包括的にアセスメントを行い、支援計画・支援方針の作成を主導する。 関係機関・職種への依頼・指示・助言などを通じて、支援方針の統一や支援者の足並みを揃えることに目を配りながらマネジメントを進める。
<p>橋渡しタイプ</p>		<ul style="list-style-type: none"> 支援者と患者の関係構築や再構築、就労や復学の支援、デイケア等の支援の導入や症状を安定化させて訪問看護へ引継ぐこと等、橋渡しを主目的とするタイプである。 患者と関係構築を図り患者の特性や特徴を把握しつつ、他職種に、患者の特性や症状・行動の専門的な説明を行い、支援者と患者との円滑な関係性を支える。 支援の進捗に合わせ、関係機関・職種の連絡調整のハブとなったり、支援者間の連携をコーディネートしたりする。
<p>協働タイプ</p>		<ul style="list-style-type: none"> 入退院を繰り返す患者、一人暮らしを始める患者、精神症状や家族問題により地域生活の継続が危ぶまれる患者等の地域移行や地域定着を支える。 プランニングに当たって、主担当が他職種・他機関からの情報を集約しながら、患者と協働的にリカバリープラン・クライシスプラン等の計画を作成するなど、患者の主体性を重視したアプローチをとる。 どの職種であっても、役割を相互に乗り入れる形で幅広い生活支援を行う。例えば、生活状態の確認、金銭管理、服薬支援、買い物や役所の申請などの社会生活の支援、余暇支援などを実施する。

(4) 公認心理師・作業療法士の参画効果

① 公認心理師の参画効果

ヒアリング調査とアンケート調査の個票及び他職種票から、公認心理師が参画することにより得られた患者への効果と他職種やチームへの効果を整理すると、以下のようにまとめることができる。

図表 4-13 公認心理師が参画することで実際に得られた効果

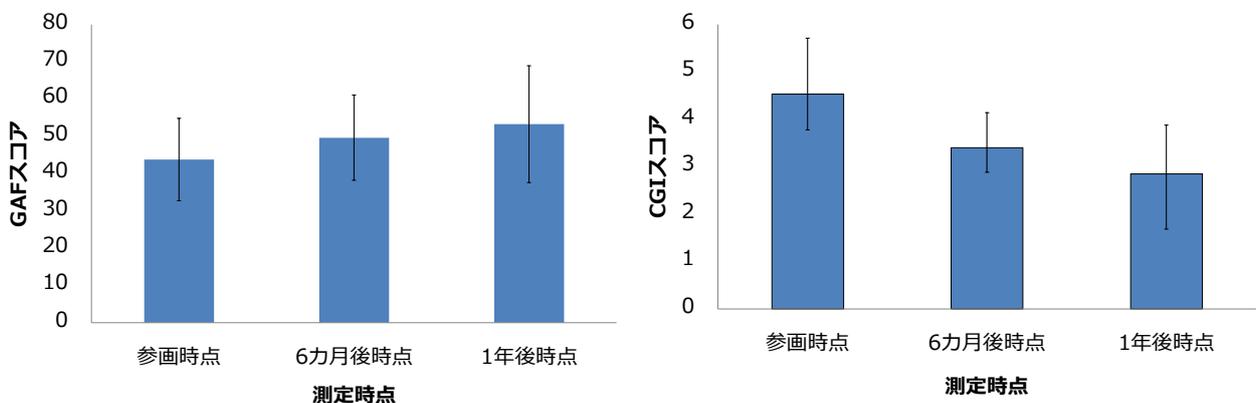
		効果
患者への効果	公認心理師と他職種に共通して意見が聞かれた効果	<ul style="list-style-type: none"> 患者と支援者・医療とをつなぐ窓口的な機能 専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上 心理的介入による問題行動の軽減やスキル形成支援
	公認心理師からのみ意見が聞かれた効果	<ul style="list-style-type: none"> 家族支援 社会資源へのつながりや地域生活の維持 対人関係の維持・構築
	他職種からのみ意見が聞かれた効果	<ul style="list-style-type: none"> 他職種が困難を感じるケースのマネジメント(PTSD や自殺リスクが高い等、関係構築が困難で、継続的な心理的サポートが必要なケース) 公認心理師が患者特性を理解しコミュニケーションを取ることで、患者の安心感を促進する。
他職種やチームへの効果	公認心理師と他職種に共通して意見が聞かれた効果	<ul style="list-style-type: none"> 他職種・他の支援者のスキルアップや患者理解を促進する 専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上を促す(支援方針や足並みの統一含む) 多職種チームのチームビルディングや職種間の橋渡しに貢献する 他職種の対応が困難な患者について、対応したり助言したりすることで関係を仲介する 支援者の安心感やこころのケア・メンタルヘルスに寄与する

※ヒアリング調査は第2章(2)③、個票は問27、また他職種票は問3-1と問3-2を参照。

また、アンケート調査結果より、GAF スコアについては、公認心理師の支援において、介入後6カ月以内にGAF スコアが有意に向上し、その後は維持されていることが示唆された。また、CGI スコアについては、時間の経過とともにCGI スコアが有意に低下し、症状の改善が継続することが示された。

なお、参考値として、GAF スコアも CGI スコアも、公認心理師が主担当の場合もチーム構成員の場合も、有意に変化していた。

図表 4-14 GAF スコア(左)CGI スコア(右)の推移(再掲、エラーバーは標準偏差)



※GAF スコアは個票問23、CGI スコアは個票問10と問24を参照。

※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれていないため、公認心理師の効果を示唆する参考値である点に留意。

② 作業療法士の参画効果

ヒアリング調査とアンケート調査の個票及び他職種票から、作業療法士が参画することにより得られた患者への効果と他職種やチームへの効果を整理すると、以下のようにまとめることができる。

図表 4-15 作業療法士が参画することで実際に得られた効果

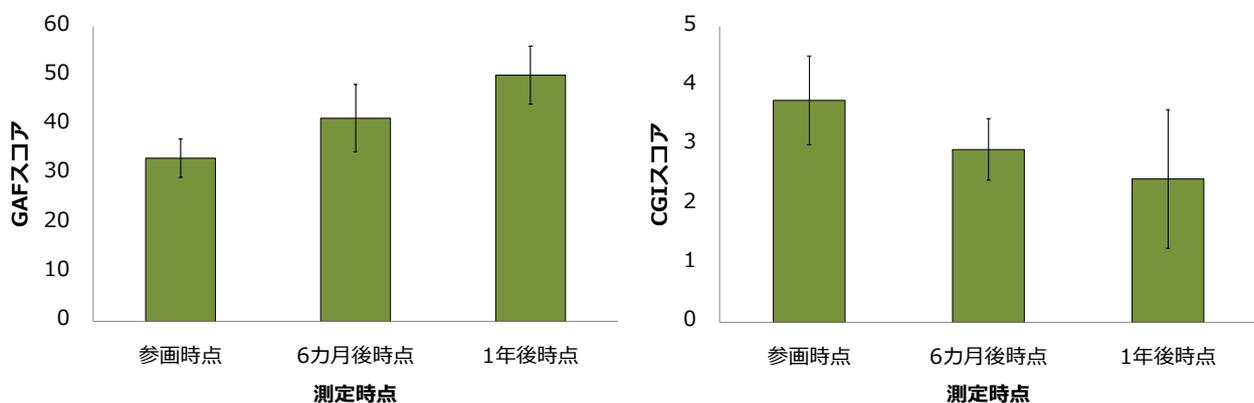
		効果
患者への効果	作業療法士と他職種に共通して意見が聞かれた効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上 ・ 具体的な生活や困りごとに即した能力構築の支援 ・ ストレngth重視・リカバリー志向の支援が可能(本人ができる力を生かした生活の支援) ・ 安心できる身近な相談相手となる・安心できる場を提供する
	作業療法士からのみ意見が聞かれた効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会資源へのつなぎや地域生活の維持 ・ 患者の自己理解を深める ・ 身体面での機能向上や活動性の向上 ・ 家族支援(患者理解の促進等)
	他職種からのみ意見が聞かれた効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ ライフステージに合わせた支援が可能
他職種やチームへの効果	作業療法士と他職種に共通して意見が聞かれた効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門的なアセスメントとそれに基づく支援の深化・精度向上(支援方針や足並みの統一含む) ・ 患者理解の促進 ・ ストレngth重視・リカバリー志向のチーム支援(作業療法士のICMへの親和性の高さ) ・ 他機関との連携促進や段階的な支援のマネジメント ・ 就労支援(職業選択含む)
	他職種のみ意見が聞かれた効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介入の幅の増加 ・ チームビルディング

※ヒアリング調査は第3章(2)③、個票は問27、他職種票は問3-1と問3-2を参照。

また、アンケート調査結果より、GAFスコアについては、作業療法士の支援において、GAFスコアが時間の経過とともに持続的に向上することが示唆された。また、CGIスコアについては、介入後6カ月以内にCGIスコアが有意に低下し、その後維持していることが示された。

なお、参考値として、GAFスコアもCGIスコアも、作業療法士が主担当の場合もチーム構成員の場合も、有意に変化していた。

図表 4-16 GAFスコア(左)CGIスコア(右)の推移(再掲、エラーバーは標準偏差)



※GAFスコアは個票問23、CGIスコアは個票問10と問24を参照。

※後方視的調査という調査設計上、他職種の影響の可能性や、時間経過に伴う自然な状態変化の可能性等を排除しきれないため、作業療法士の効果を示唆する参考値である点に留意。

(5) 求められる支援策

ここでは、ヒアリング調査結果に基づき、公認心理師と作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画を促進していくために求められている支援策を整理する。

両職種に共通して意見数が多かったのが、大項目「診療報酬等の制度設計」の、「他機関との調整や院外での取組の評価(アウトリーチ、会議参加等)」、「様々な職種がケースの担当者・チーム構成員となり得る制度設計」、「支援頻度・支援期間・労力に対する適正な評価」である²。

また、大項目「普及啓発」において、「職種間の相互理解促進(強み、専門性、役割等)」や「公認心理師や作業療法士がケースマネジメントに参画している事例の周知」も比較的多くの意見が挙がっている。なお、公認心理師からのみ聞かれた意見ではあるが、「公認心理師の参画が求められるケースの基準の整理」のように、医師や他職種から公認心理師や作業療法士の参画を求める際の基準の整理も重要な指摘である。

なお、3つの大項目は相互に連動している点に留意する必要がある。すなわち、「診療報酬等の制度設計」がなされなければ実践が広まらず、取組事例は増えていかない。事例が少ないままでは、「普及啓発」を進めることはままならない。また、「人材育成」の制度整備も進まず、医療機関としても人材育成のメリットが感じにくい可能性が高い。3つの大項目を別々の議論とすることはせず、相互に関係づけながら制度整備を進めていくことが求められている。

図表 4-17 求められる支援策

大項目	中項目	件数		
		合計	CPP	OT
診療報酬等の制度設計	他機関との調整や院外での取組の評価(アウトリーチ、会議参加等)	12	7	5
	様々な職種がケースの担当者・チーム構成員となり得る制度設計	9	5	4
	支援頻度・支援期間・労力に対する適正な評価	9	3	6
	その他(心理検査フィードバックの評価、加算要件研修の充実、病診連携の促進、加算併用の可能性等)	4	4	0
普及啓発	職種間の相互理解促進(強み、専門性、役割等)	4	0	4
	公認心理師や作業療法士がケースマネジメントに参画している事例の周知	3	2	1
	公認心理師の参画が求められるケースの基準の整理	3	3	0
	多職種の連携を円滑化するツールの作成	2	1	1
	医療・福祉の相互理解・連携の促進	2	1	1
人材育成	養成課程も含めたケースマネジメントへの準備性の向上	2	1	1
	多職種合同の事例検討会・研修の実施	1	0	1
	職種に関係なく求められる能力の習得	1	0	1

※第2章1(2)④dと第3章1(2)④dを参照。

※表中のCPPは公認心理師、OTは作業療法士を指す。

² 公認心理師と作業療法士が、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、外来作業療法等の精神科専門療法及び障害福祉サービス等において支援を行う場合は、それぞれの算定要件や施設基準に留意が必要。

2 包括的支援マネジメントへの多職種の参画促進に向けて

(1) 公認心理師と作業療法士の参画を促進する制度的環境の整備の必要性

本事業では、外来・地域において公認心理師と作業療法士が包括的支援マネジメントを行っている事例に焦点を当てて調査を実施した。包括的支援マネジメントは、ケースマネジメントを構成する、関係構築・アセスメント・支援計画の作成・院内外の連携から直接支援まで、一貫して多職種チームが実践するアプローチである。すなわち、多職種チームを構成する全メンバーが、ケースマネジメントを実践することが求められるものである。したがって、アセスメントや支援計画策定のみ関与したり、支援者間の情報共有にだけスポット的に関与するといったような、いずれか特定の業務に参画すれば足りるというものではないことを前提として、本調査を行った。

このような条件下で調査を実施したところ、公認心理師及び作業療法士が包括的支援マネジメントに参画している事例として、ヒアリング調査では、公認心理師の事例が20件、作業療法士の事例が11件収集され、前節でまとめた役割を両職種が担っていることが明らかとなった。また、ヒアリング調査とアンケート調査を通じて、両職種が包括的支援マネジメントに参画することによる効果を定量的に把握すると同時に、両職種自身の視点と他職種の視点から効果を定性的に整理することができた。

このように、公認心理師と作業療法士の包括的支援マネジメントにおける役割や効果が一定程度明らかになった一方で、課題も明らかとなっており、今後、以下のような柔軟な制度設計を検討することが望まれる。

① アウトリーチをはじめとした院外活動の評価

まず、包括的支援マネジメントを外来・地域で行う場合、特に直接支援(付加的機能)はアウトリーチにより行うことが望まれるが、現行制度においては公認心理師と作業療法士が院外で活動することが診療報酬によって評価されないため、アウトリーチや院外活動を支援体制上実施しづらい医療機関も多い。現に、本事業のアンケート調査では、公認心理師が「訪問での心理支援(個人)」を行っていた事例が30.0%、「訪問での心理支援(家族)」が12.5%、「院外の他機関等への同行」が32.5%に留まっていた。また、作業療法士が「訪問での支援」を行っていた事例が66.7%、「院外の他機関等への同行」が33.3%となっていた。また、ヒアリング調査においても、全ての事例でアウトリーチが行われているわけではなかった。

もちろん、全てのケースにおいてアウトリーチや院外活動が必要とは限らないが、本調査を通じて、公認心理師や作業療法士がアウトリーチや院外活動を実施することを通じて、支援につながりにくい患者等との関係構築に貢献していること、患者の地域生活の維持や地域生活のための支援体制づくりに貢献していること、自宅に訪問することで精度の高いアセスメントが可能となり適切な支援・介入の実現に貢献していること、さらに院外活動を通じて他職種や地域の支援者の心理教育やフィールドメンタリングに寄与していること等が確認された。求められる支援策として、「他機関との調整や院外での取組の評価(アウトリーチ、会議参加等)」が言及されているように、公認心理師や作業療法士のアウトリーチや院外における会議参加等を診療報酬で評価することで、支援の質の一層の向上につながることを期待される。

② 公認心理師や作業療法士が主担当となることの評価

また、包括的支援マネジメントの主担当となる職種として、現在の制度においては看護師や精神保健福祉士が主に想定されている。本調査のアンケート調査では、公認心理師が主担当を担っている事例が55.0%、作業療法士が主担当を担っている事例が41.7%となっていた。また、参考値ではあるものの、主担当である場合もチーム構成員である場合も、GAFスコアやCGIスコアの改善が見られた。そして、包括的支援マネジメントを構成する基本機能・付加的機能の各項目において公認心理師や作業療法士が中心的な役割を担うことを、公認心理師や作業療法士自身は望んでおり準備性の高さが確認された。このことから、公認心理師や作

業療法士がケースの主担当にもなり得る柔軟な制度設計を検討していくことが望まれる。

(2) 公認心理師・作業療法士の参画事例の発信の必要性

前節において、アンケート調査の個票と他職種票を比較することを通じて、公認心理師や作業療法士の自己評価と、他職種からの評価との比較を試みた。それによると、包括的支援マネジメントの基本機能・付加的機能の多くの項目について、公認心理師や作業療法士自身はさらなる関与を望んでいる一方で、他職種からの評価が必ずしも高くはない項目もみられた。このことは、公認心理師や作業療法士が、自らの役割や強み、患者やチームにもたらす効果等を他職種に向けて発信することによって、他職種からの理解を得、さらに包括的支援マネジメントへの参画が促進される可能性を示唆している。

今後、公認心理師や作業療法士が包括的支援マネジメントに参画し活躍の場を拡大していく上で、両職種がケースマネジメントに参画している好事例を発信していくとともに、両職種の包括的支援マネジメントにおける役割や期待される効果を伝えていくことが求められる。(別冊のハンドブックでは、好事例を掲載している)。

(3) 継続的な調査研究の必要性

本調査の限界として、まず、一部の限られた医療機関に対して調査を実施したことが挙げられる。また、アンケート調査においては、後方視調査を実施したため、GAF スコアや CGI スコアの変化の原因を、必ずしも公認心理師や作業療法士の参画のみに帰着できないことや、包括的支援マネジメントに参画したメンバーの業務量が把握できない等の点が挙げられる。さらに、調査対象者として公認心理師や作業療法士に着目して調査を行ったため、医師、看護師、精神保健福祉士等の他職種の意見は、他職種票による調査に限定されたことが挙げられる。これらの本調査の限界を踏まえ、今後、次のような調査研究を継続していくことが望まれる。

① 公認心理師・作業療法士を対象とした規模を拡大した調査の実施

本調査では、包括的支援マネジメントへの公認心理師・作業療法士の参画状況が不透明な中から事業を開始したため、調査設計上、一部の限られた先進的な医療機関に対してのみ調査を実施することとなった。そのため本調査は、パイロット調査的な側面がある。したがって、包括的支援マネジメントをはじめとしたケースマネジメントに対する公認心理師・作業療法士の意識や課題等について、より一般的な議論を行っていくためには、今回の調査研究を踏まえながら、より多くの医療機関等の公認心理師・作業療法士を対象とした調査を実施することが望まれる。

② 包括的支援マネジメントに要する業務量の把握

求められる支援策として、「支援頻度・支援期間・労力に対する適正な評価」が挙げられていた。包括的支援マネジメントに要するコストを適切に評価していくためには、包括的支援マネジメントに参画している各職種の業務量を詳細に把握するための調査を実施することが望まれる。

③ 医師をはじめとした他職種の判断や他職種からの依頼方法の可視化

本調査で、公認心理師や作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画経緯や参画が望まれる患者像を一定程度整理した。しかし、包括的支援マネジメントの必要性を判断する医師が、どのような場合に公認心理師や作業療法士に参画を依頼し、公認心理師や作業療法士にどのような依頼・指示をするのかといった、より実務的な側面については明らかとなっていない。今後、医師をはじめとした他職種の依頼・依頼の基準や方法を可視化する調査研究が望まれる。

第5章 資料編

1 ヒアリング調査

(1) ヒアリングシート

※印のついている設問は、他職種(医師、看護師、PSW等)のご意見も可能であれば伺いたい項目です。

1. フェイスシート(調査協力者及び医療機関の概要)

(1-1)調査協力者の概要(ヒアリングに参加いただく方についてご記入ください)						
①性別	男性			女性		
②年代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
③所属部署／職種						
④主な業務内容	① ② ③ ④					
⑤経験年数 (概ねで結構です)	精神科経験年数			()年		
	多職種チームでの業務経験年数			()年		

(1-2)調査協力者の概要(ヒアリングに参加いただく方についてご記入ください)※						
①性別	男性			女性		
②年代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
③所属部署／職種						
④主な業務内容	① ② ③ ④					
⑤経験年数 (概ねで結構です)	精神科経験年数			()年		
	多職種チームでの業務経験年数			()年		

※ヒアリングに3名以上ご参加の場合は、枠をコピー&ペーストして増やしていただいて構いません。

(2)医療機関の概要	
①精神科の外来患者の傾向(年代、診断、状態像、背景課題等)	・
②①のうち、公認心理師／作業療法士が関わる患者の特徴(年代、診断、状態像、背景課題等)	・

----- 次頁以降の項目については、手元メモとして適宜ご活用ください。 -----

2. 包括的支援マネジメントの事例

【別紙】包括的支援マネジメントの事例①②にて、包括的支援マネジメントの導入事例2ケースをご回答ください。そのうち1ケースは、公認心理師／作業療法士がケースマネジャー(主担当)のケースを、もう1ケースは、公認心理師／作業療法士が多職種チームの構成員のケースをご回答ください。ケースマネジャー(主担当)のケースがない場合は、2ケースともチーム構成員のケースをご回答ください。

3. ツール作成に向けたニーズ把握(30分)

<p>①包括的支援マネジメントにおいて公認心理師／作業療法士の参画が期待される患者像※ 包括的支援マネジメントを実施する際に、公認心理師／作業療法士の参画が期待される患者の特徴がありましたら教えてください。特に、主担当(ケースマネジャー)としての参画が期待される患者像をお教えてください。なお、包括的支援マネジメントの導入基準に該当するかどうかは問わず、公認心理師・作業療法士の参画ニーズの高い患者像について、幅広ご意見をお聞かせください。</p>
<p>・</p>
<p>②包括的支援マネジメントに公認心理師／作業療法士が参画する際の組織体制上の工夫※ 公認心理師／作業療法士が包括的支援マネジメントに参画してケースマネジメントを行うために、医療機関の組織体制上で工夫していることがありましたら教えてください。(例:担当者のケースロード数の調整、配置部署ごとの業務分掌など)</p>
<p>・</p>
<p>③公認心理師／作業療法士の参画における課題・障壁※ 公認心理師／作業療法士が包括的支援マネジメントに参画しケースマネジメントを行う際に、陥りやすい落とし穴や直面しやすい困難・苦労がありましたら教えてください。(例:意識の持ち方、チーム組成の時、アセスメントの時、支援計画作成の時、直接支援の時、アウトリーチの時、ケースマネジメントの進め方、ケースマネジャーを担う上で等)</p>
<p>・</p>
<p>④包括的支援マネジメントの質の向上に向けた課題と必要な対策※ 最後に、包括的支援マネジメント等のケースマネジメントの実施に当たって、お感じになられている課題と求める対応策がありましたら、教えてください。(例:個人、施設や体制、地域状況、制度や診療報酬など)</p>
<p>・</p>

【別紙】包括的支援マネジメントの事例

(1)患者の概要(5分)			
①性別	男性	女性	②年代 ()歳代
③診断・状態像			
④包括的支援マネジメント導入基準の該当項目	<添付資料を参照>		
⑤生活環境 包括的支援マネジメントを導入した当時の、患者さんの普段の暮らし方(一人暮らし・家族同居・グループホーム等)、同居家族とその家族との関係性、利用している医療福祉サービスについて教えてください。			
・			
⑥生活課題 包括的支援マネジメントを導入した時点の、患者さんが地域生活を送るうえでの課題を教えてください。特に、多職種チームでの対応や、公認心理師・作業療法士の関与が必要となる背景的な課題を教えてください。			
・			
(2)支援体制(5分)			
①包括的支援マネジメント導入の経緯／医師の指示概要／患者ニーズ			
・			
②チームの構成 支援に当たった多職種チームの構成に関する、下記について教えてください。 ・主担当(ケースマネジャー)の職種とその主な役割 ・チームメンバーの職種とその主な役割			
・			
③公認心理師／作業療法士の関与の経緯と支援目的 ・公認心理師／作業療法士が関与することになった経緯や支援依頼の経路を教えてください。 ・また、公認心理師／作業療法士が参画し支援することとなった目的を教えてください。			
・			
④支援実施期間 ・多職種チームでの支援期間と、そのうち公認心理師／作業療法士が支援を行った期間を教えてください。			
・			

(3)支援内容(20分)		
①ケースマネジメントにおける公認心理師／作業療法士の役割 ケースマネジメントの段階ごとに、チームの動き方と、公認心理師／作業療法士の業務内容、貢献、活かされた専門性・強みを教えてください。公認心理師／作業療法士がケースマネジャーを務めたケースについては、ケースマネジャーとしての業務内容も含めて教えてください。		
	チームの取組内容※	公認心理師／作業療法士の取組内容、貢献したこと、活かされた専門性・強み(具体的やり取り等)
a.関係構築	・	・
b.アセスメント	・	・
c.支援計画	・	・
d.直接支援	・	・
e.院内・院外機関との連携	・	・

f.アウトリーチ(例:自宅へ訪問しての支援、福祉サービスの見学や社会活動への参加の同行、就労先での支援、受診同行等)による支援。

・

②チーム運営

a.カンファレンス、ケア会議(本人や家族同席)、打合せ等の頻度(おおよその平均的な頻度)

・

b.ケースマネジメントを進めるうえで、公認心理師／作業療法士の参画が特に有効だったことや、公認心理師／作業療法士からの情報提供でケースマネジメント上特に役に立ったこと(方法と内容について具体的なエピソード)※

・

(4)支援の効果(10分)

①支援全体の効果

支援の効果・成果や患者のその後の経過を教えてください。(例:検査結果、各種指標、医師の判断等)

・

②公認心理師／作業療法士による効果

特に公認心理師／作業療法士が介入することによる、患者への効果を教えてください。

・

(2) 事例個票

① 公認心理師の参画ケース

a) 総合病院の事例

ケース 1		A 総合病院	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	女性、20 歳代	
	診断・状態	被虐待児、PTSD、妊娠初期	
	ICMSS	1・2・4・5・6・7・8・9・10・12・13・14・15	
	生活環境	・生活保護を受給。	
	生活課題	・妊娠産科受診が予約通りにできないことが多い ・拳児希望はあるが養育希望はなし	
支援体制	支援期間	・妊娠初期～出産後の現在も継続中(約1年)	
	関係職種 ★:主担当	院内	・産科医師、新生児小児科医師、精神科医師、コメディカル(助産師、看護師、精神科リエゾン専門看護師、薬剤師、精神保健福祉士、保育士、★公認心理師)
		院外	・保健師、生活保護課のケースワーカー、児童相談所、母子支援コーディネーター
	CPP 介入経緯 主な介入目的	・周産期の患者で精神科の既往歴・現病歴のある人は、産科医・助産師が中心となって対象となる患者をリクルートし、公認心理師がケースマネジメントを実施している。	
主要チームメンバーの主な役割	・【公認心理師】全体のコーディネーター。必要に応じて心理面接・心理検査を実施。患者の精神状況を踏まえて他科を含めた受診の調整。		
CPPの取組内容	関係構築	・公認心理師が医療の窓口としてラポール形成。 ・他職種では聞き取りにくい患者の背景的事実を掘り下げて理解。	
	アセスメント	・精神科医と協働し基本的なアセスメントを実施。 ・否認等の防衛機軸の分析。 ・拳児希望はあるが養育希望がない背景の心理的機軸の把握。 ・アセスメント結果の他職種への説明・共有。	
	支援計画	・状況に即して都度柔軟に対応。 ・診療科間の対応方針に齟齬が生じないように調整。 ・チームの支援・指導内容の優先順位を判断し他職種に依頼・伝達。	
	直接支援	・クライアント中心療法により患者の精神状態を安定させることを重視。	
	院内外連携	・院内については、公認心理師が、①ケースごとのカルテ、②チームごとのカルテ、③院内多職種連携用の資料、④院外連携用の資料の4つをカバーし全体の進捗を把握。 ・月1回の行政等との全体会議に対応。	
	アウトリーチ	・なし	
	会議・打合せ等	・院内も院外も月1回定期的にカンファレンスを実施。 ・2～3週間に1回の頻度で職種間の情報共有を実施。 ・その他、妊娠期間中に不定期に開催。	
支援の結果・転帰		・3回目の面接より一人で予約通り受診可能になる。 ・母子ともに安定した状態で出産。 ・出産後、子どもは児童相談所が預かり、患者は一人暮らしをしている。 ・生活保護受給を辞めて自立すべく、就活を実施している。	
CPP参画効果	患者への効果	・専門職にも援助を求めれば何かしら手は差し伸べられるという経験ができた。 ・社会人としての役割や母親としての役割などの多様な役割を、患者の目線から包括的に支えられた。	
	チーム・他職種への効果	・「子どもは産むけれど育てない」という生き方を選択するに至った心理的機軸(被虐待、トラウマ、愛着形成の不全等)を、他職種に丁寧に説明。 ・本人の否認による行動に対して、指導し修正するのではなく、肯定的に関わるよう他職種に依頼。	

ケース 2		A 総合病院	公認心理師:チーム構成員
患者概要	性別・年代	女性、30 歳代	
	診断・状態	あまり眠れない、夜が怖い、食欲がない、無理に食べても味がしない	
	ICMSS	1・2・5・10・12・13・14	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らし。 妊娠中に夫とは離婚。別れた後に妊娠発覚。 実家両親は父親から母親への面前 DV があり、患者の幼少期に離婚・別居中。 思春期の頃から診療内科受診歴あり。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 心理検査(WAIS)より、言語理解は上手だが、抽象度が曖昧なものを想像することが困難。記憶保持能力は十分あるが、処理・作業が苦手。 育児希望・養育希望あり。 		
支援体制	支援期間	妊娠 27 週～産後 1 か月(約 4 か月)	
	関係職種 ★:主担当	院内	産科医師、新生児小児科医師、精神科医師、コメディカル(助産師、看護師、精神科リエゾン専門看護師、薬剤師、★精神保健福祉士、保育士、公認心理師)
		院外	保健師、生活保護課のケースワーカー、児童相談所、母子支援コーディネーター
	CPP 介入経緯 主な介入目的	周産期の患者で精神科の既往歴・現病歴のある人は、産科医・助産師が中心となって対象となる患者をリクルートし、公認心理師がケースマネジメントを実施している。	
主要チームメンバーの主な役割	【公認心理師】主に心理検査・心理面接を担当。		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 主訴の背景にある葛藤を聞き取る。 本当に必要な支援を顕在化し関係を深める。 	
	アセスメント	面接を通じて、自己理解を深めるといったテーマが顕在化し WAIS を実施。	
	支援計画	検査結果を踏まえて配慮すべきポイントを具体的に他職種へ説明し、支援方針に助言。	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 心理面接を実施。 心理検査を踏まえた生活支援。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ワーカー主導のケースカンファレンスに参画し役割分担。 公認心理師は服薬等の意思決定支援を担当。 	
	アウトリーチ	なし ※訪問する保健師を後方支援。	
	会議・打合せ等	院内も院外も月 1 回定期的にカンファレンスを実施。	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> EPDS(産後うつ病自己評価票。基準 9 点)は、妊娠直後の 14 点から、産後 1 か月検診時には 3 点まで低下。 本人も「楽しい」とのこと。 		
CPP 参画効果	患者への効果	病院でのサポート終了後も、必要な時にはいつでも来院して良い旨を伝え、“カウンセリングカード”を渡し、患者自身が直接心理室とつながる方法を提供。	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 心理検査は数値で結果が出るため、共有すべきリスクや支援方法の議論が具体的になる。 心理検査結果を他職種に伝える際は、場面ごとにどのように患者とコミュニケーションするかを具体的に伝える。 	

ケース 3		B 総合病院	公認心理師:チーム構成員
患者概要	性別・年代	女性、80 歳代	
	診断・状態	統合失調症、認知機能低下、糖尿病、ADL 低下(要介護 2)	
	ICMSS	1・2・3・7・8	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 公営住宅で一人暮らし。家族は遠方に居住。兄弟も高齢で単独の外出は困難。 生活保護を受給。 訪問介護・訪問リハビリテーション、精神科訪問看護、傾聴ボランティアを利用。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 被害妄想の症状。ヘルパーに対して攻撃的な行為(物を投げる等)があり、地域の支援者との関係が険悪に。 高齢かつ病気により認知機能が低い。 疾患が多く、薬も多いため服薬の自己管理が困難。 		
支援体制	支援期間	<ul style="list-style-type: none"> 【多職種】約 15 年(訪問看護(身体)を利用) 【公認心理師】約 5 年、精神科訪問看護の実施期間 	
	関係職種 ★:主担当	院内	医師、★精神保健福祉士、公認心理師、作業療法士
		院外	★ケアマネジャー、訪問介護事業所、訪問リハビリテーション事業所、人権福祉センター、傾聴ボランティア
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 多様なサービス導入に伴い、各支援者と患者の関係構築・維持の必要性が生じ、公認心理師が介入。 情緒・行動上の問題やコミュニケーションの問題に対し、より専門的な心理アセスメントに基づく支援が求められた。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【公認心理師】訪問看護を通じた患者の不安や怒りへの対応。服薬管理スキルの訓練。薬局・医師との服薬に関する連携。 【精神保健福祉士】障害福祉サービスとの連絡調整。介護サービスへのつなぎ。 【ケアマネジャー】障害福祉サービス導入後に主担当。支援計画の作成・とりまとめ、ケア会議の招集、他機関や家族との連絡調整を担当。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> チームメンバー、また服薬管理の担当者としての関係づくりを実施。 患者の好きなことや職歴から人となりを理解し、それに合わせた声かけを意識的に実施。最初から治療の話ではなく患者を理解するための話をした。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 学習理論に基づきアセスメントを実施。服薬管理が困難な要因や、自己管理を可能にするための仮説を明確にした。 患者が地域支援者に対して攻撃的態度を取る際や被害妄想が起こる際の患者の内的プロセスや患者自身の気持ちを整理し、地域の支援者に説明。 認知機能検査に基づく能力的限界や強み、それに応じた支援者の適切な関わり方を説明。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ※介護保険を中心としたケアプランをケアマネジャーが作成。 公認心理師はアセスメントに基づいて訪問頻度・時間・スケジュールを詳細に設定。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護は週 1 から隔週。30~40 分。 作業療法士が身体リハビリ・バイタルサインチェック等を実施し、公認心理師は不眠や他の支援者への怒り・不安(妄想症状を含む)等へのカウンセリングを実施。 適宜、認知機能検査を実施。 応用行動分析を基に服薬管理スキルを形成する訓練を実施。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> 地域の支援者会議はケアマネジャーから出席を要請され参加。 地域の支援者が本人の症状や関わり方で困っている場合に会議に呼ばれて参加。 院内では週 1 回会議し、医師の考えや多職種の情報のすり合わせや共有。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護が基本。毎週または隔週の訪問を実施。 買い物同行支援。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> 週 1 回実施している院内カンファレンスで当該患者について議論することがある。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> 地域支援者とは関係を維持し、サービスを受け続けられている。 薬が変化・増加しているが、変わらず自己管理できている。 患者の望み通り自宅での生活を送れている。 		
画効果 CPP 参	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> 自分で適切に薬を整理、服薬できるようになり、自宅生活の維持が可能となった。 支援者への怒りや不安が増幅しすぎることなく、一定の関係維持が可能となった。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 客観的な服薬状況が把握しやすくなるなど、服薬管理支援をしやすくなった。 公認心理師の説明があることで、関わり方や患者の見方や変わり、不安が軽減。 	

ケース 4		B 総合病院	公認心理師:主担当
患者概要	性別・年代	男性、30 歳代	
	診断・状態	先天性免疫不全、詳細不明のけいれんエピソード(身体表現性障害)	
	ICMSS	1・2・6・12・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親・義父との三人暮らし。 ・ 導入当時は障害福祉サービスの利用なし。 ・ 介入後、就労支援機関の利用を開始。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親は過干渉であり、患者も母親の干渉なしには生きられない共依存の状態。 ・ 発作や痛み等の訴えによる頻回な救急受診。 ・ 夜間徘徊により帰宅ができないこともあり。 ・ お金がないことの不安に伴う身体症状。 ・ 借金を作り後日母親が支払うこともあった。 	
支援体制	支援期間	・ 約 15 か月	
	関係職種 ★:主担当	院内	・ 精神科医師、看護師、★公認心理師、精神保健福祉士
		院外	・ 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、ハローワーク
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬物療法・非薬物療法のいずれでも問題行動が解決せず、日常生活への支援・家族支援・心理社会的問題への包括的なアプローチが必要と医師が判断。 ・ 問題行動の解決のため複雑なアセスメントを行うとともに、地域支援者に正確にアセスメント結果を伝える必要性があった。 	
	主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【公認心理師】家族関係のアセスメントと患者の問題行動に関する心理アセスメント。介入方針の立案。母親への介入。院外機関のコーディネート。 	
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者は陰性感情を持ちやすい人柄であり、母親もキツイ言い方をする人だった。 ・ 訴えを聞き、表現している怒り・不安の背景にどういった困り事があるかを理解するようコミュニケーションを取り、信頼関係を築いた。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先行刺激として母親の干渉という外的刺激があり、それが葛藤や無力感を生じ、問題行動に至っていた。 ・ 夜間徘徊時に孤独や不安等から身体症状が出現し救急外来を受診するが、救急外来が親切にしてくれるため、救急外来の受診が習慣化していた。 ・ 知的能力の理解のため、知能検査を実施。背景にある成育歴や発達障害を含めた生まれ持った能力を評価。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 問題行動の背景にある孤独・不安感への対策として、日常生活を充実させる方向の支援を提案。 ・ 地域の障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、ハローワーク等との連携のほか、職業評価を行うため、得意不得意を職業面から確認することを提案。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労支援機関を交えて関係者で会議を開催し、問題行動が起こるメカニズムを図示し説明。 ・ 介入案に関して患者・家族・他職種への心理教育を実施。 ・ 障害者職業センターへの同行。 ・ 精神科外来のカウンセリングを 2 週間に 1 回実施。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内では週 1 回ケースカンファレンスを実施。 ・ 院外機関とは、地域の就労支援機関との連絡調整を公認心理師が実施。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者職業センターへ同行し、職業評価を実施。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内会議は必要に応じて適宜実施。 ・ 院外の機関との会議は 3 回程度実施。 	
		支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者は手先が器用で比較的早く作業所に適応した。
CPP 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 問題行動と症状が軽減した。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治療から生活支援までを一貫して支えられた。 ・ 支援者のエンパワーメントやメンタルヘルスにつながる。 ・ 地域で他の支援者から話を聞くことで、より精度の高いアセスメントができる。 ・ 理論的な視点から支援方法の妥当性を伝えることで、支援者の障害特性の理解を深めたり不安の解消に寄与する。 ・ 他の支援者との具体的場面に即した対応方法の議論を促進する。 ・ チームのコミュニケーションや相互理解が促進され、支援の足並みが揃う。 	

b) 精神科単科病院の事例

ケース 5		C 精神科病院	公認心理師:主担当
患者概要	性別・年代	男性、50 歳代	
	診断・状態	混合性不安抑うつ障害、人格障害	
	ICMSS	1・3・7・10・14	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らし。 幼少期に両親が離婚、中学生の時に母親が自死。親戚とも疎遠で孤立。 15 歳で就職したが、20 歳の時に鬱状態となる。入院もはさみ外来通院を継続。 障害福祉サービスの利用はなし。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 対人関係(近隣住民、支援者等)のトラブル。 被害的な思考になる他、感情のコントロールが困難。 変形性脊髄症を患い就労が難しく、無職の期間の方が長い。患者自身は職場の人間関係・環境が無職の原因と認識。 治療に不満。支援者に敵対心あり。暴言や詰め寄る等の威圧的な行動をとる。 		
支援体制	支援期間	2 年前からデイケアの利用開始～現在も継続中	
	関係職種 ★:主担当	院内	医師、★公認心理師、作業療法士、看護師、精神保健福祉士
		院外	ハローワーク、就労継続支援 A 型事業所
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 30 年以上通院を継続。医師との二者関係による診療を中心として集団療法などは導入してこなかったが、主治医の交代に伴い別の支援アプローチを開始。 地域で孤立しており、所属感を持てる場の提供が必要と医師が判断。公認心理師が担当となりデイケアの利用を開始。デイケアで交流や、就労支援を目的として介入。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【医師】定期的な診察・処方。患者の感情の起伏に際しては公認心理師と連携し対応。 【公認心理師】関係づくり目的にデイケアでの患者担当となる。 【看護師】デイケアで身体的側面からアプローチ、患者の相談・支援を担当。 【その他】作業療法士・精神保健福祉士は就労に関するプログラム、スポーツプログラムを介して患者との関係づくり、介入。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 多職種チームを分断するような患者の行動について、事前に他職種と情報共有。スプリットング等の防衛機制、障害特性等を説明し、チームを立て直した。 教えるのが好きな患者の人柄を踏まえ、頼みごとをするなどして関係を構築。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診断や、デイケアでの様々な場面と一緒にすることでアセスメントを実施。 人格障害的な特性があることや、発達障害の可能性を見立てた。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> まずは集団に慣れて、所属感を持てるようになることを目指した。 デイケアに慣れてきたところで、患者の希望に向けた課題に直面化してもらう。 1 年経った頃に就労を希望したため、支援計画も就労支援に切り替え。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 患者の自主性に任せつつ、プログラムや SST を提案し、居心地の良いグループを見つけてもらえるよう支援。 面談は週 1 回から 2 週間に 1 回程度実施。患者本人の病気の理解を促す面談を場面介入的にも実施。 面接を通じて、感情・気持ちを人前でも表現できるように支援。また感情の起伏や対人トラブルを改善したいという気づきを支え、自分を見つめ直す姿勢に伴走。 一般就労だけでなく、福祉的就労も視野に入れるという患者の希望に伴走。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ハローワークの障害者専門窓口にて面接を依頼。 就労継続支援 A 型事業所でのトラブルに関して、施設長とカンファレンスを実施。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> 通所先の就労継続支援 A 型事業所でのトラブルの際に、事業所へ患者と訪問し、施設長と三者面談を実施。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> デイケアでは毎朝ミーティングを実施。 主治医との打合せは月 1 回程度。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> チームの混乱を未然に防ぎ、患者を手放す形にはならなかった。 病状が落ち着き就労継続支援 A 型事業所に通所開始 		
参画効果 CPP	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> 公認心理師が面談等で継続的に関わることで、患者自身の感情・認知・身体の変化を客観視する姿勢が生じ、それらのセルフコントロールにも向上がみられた。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 人格障害に関する見立てや介入方法については、公認心理師が経験を有していることも多く、参画が望まれる。 支援者を振り回す傾向のある患者の支援には、公認心理師が心理学的機序を理解した上での対応の視点や知識を持っていることが多い。 	

ケース 6		C 精神科病院	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	女性、40 歳代	
	診断・状態	分類困難な統合失調症	
	ICMSS	1・2・5・8・10	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 父親と二人暮らし。母親は双極性障害だったが、患者が中学生の時に自死。 障害福祉サービスの利用なし。グループホームの利用を検討したが見学のみで中断。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 職場で責任ある役割を任せられ仕事に邁進していた頃に発病。 父親とは共依存的な関係にある。 患者・父親ともに病気の受容ができておらず、入退院を繰り返す。 グループホームを提案しても入所につながらないことを繰り返す。 自殺企図で入院した経験あり。 		
支援体制	支援期間	約 1 年半前(デイケアの利用開始)～現在も継続中	
	関係職種 ★: 主担当	院内	医師、★公認心理師、作業療法士、看護師、精神保健福祉士
		院外	グループホーム、ハローワーク、作業所
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 患者は自宅と診察室以外の対人関係がない。 障害受容・疾病理解を進める必要がある。 主治医の判断により、デイケアの利用を開始し公認心理師が介入。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【医師】定期的な診察・処方。症状悪化の有無を確認してチームの支援方針に助言。 【公認心理師】デイケアでの患者担当。支援全体のマネジメント。 【看護師】身体面での支援。 【他の公認心理師・精神保健福祉士】就労に向けた準備性の向上。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 思考や行動にまとまりが付かないという訴えがある場合に公認心理師が面接を実施。看護師は身体面・食事面の相談、作業療法士は運動プログラムを担当し役割分担しながらチームとしての関係構築を促進。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 主治医の診察とデイケアの様子をすり合わせてアセスメントを実施。 気分の循環もあるなど、一般的な統合失調症の病態と異なる点をチーム内で共有。 患者と話を丁寧にする中で、服薬管理や生活リズム、行動を止められなくなること等の課題を把握。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 当初は本人のニーズに基づき支援計画は就労プログラムを中心に計画。 父親の高齢化に伴い、患者が就労と介護の板挟みになることが懸念され、まずは生活基盤を固める方向性に軌道修正。 支援者の考えを患者と父親に伝える場を設け説明。社会復帰病棟へ入院し、生活リズムの調整と服薬管理の勉強を行い、その上でグループホームの体験利用を経て、グループホームに入居する方向性を提案。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 平均的に週 1 回、患者との面談を実施。 疾患受容を目的に面談を続ける中で薬を飲んでいないことを吐露。父親もそれを容認しており、親子で服薬は調子が悪い時だけでよいという理解になっていた。 服薬していないことを把握したことを転機に、父親と離れて暮らすこと、薬の管理を覚えること等、具体的な関わりに舵を切った。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> 社会復帰病棟へ入院する際や外来治療に戻る際は、外来主治医と病棟主治医、患者、そして父親参加の話し合いの場を設定。 院外との連携では、ハローワークの人に就労準備プログラムに来てもらい、相談する場を作る等の調整を実施。 	
	アウトリーチ	なし	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> デイケアでは毎朝ミーティングを実施。 その他、必要に応じて会議を設定。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> 父親の懇願もあり、社会復帰病棟での入院治療から外来治療へと戻すことに。 現在は退院して間もないところでもあり、リスタートの基盤を作っている 		
参画効果 CPP	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> 家族の人生の中の過去を振り返り、なぜ拒薬するのか、なぜ父親も容認してしまうのか、といった背景を理解。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 話す内容や症状の変化を丁寧に見て、薬を飲んでいないことを把握し、チームの支援計画に落とし込んでいった。 	

ケース 7		D 精神科病院	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、50 歳代	
	診断・状態	統合失調症	
	ICMSS	1・2・3・6・7・8・9・11・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親と二人暮らし。 ・ 訪問看護ステーション以外の医療福祉サービスの利用はない。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者・母親ともに症状の理解が十分でなく、お互いにコミュニケーションが困難。 ・ 母親の相談相手としての家族支援も求められた。 ・ 一人暮らし経験もないことから家事能力もモチベーションもなく、自立が困難。 ・ 近隣へ買い物には行くが基本的には引きこもっている。 	
支援体制	支援期間	<ul style="list-style-type: none"> ・ 約 4 年前～現在も継続中 	
	関係職種 ★: 主担当	院内	<ul style="list-style-type: none"> ・ ★公認心理師、看護師、作業療法士
		院外	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健センター、地域包括支援センター(家族関係)
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 措置入院後、退院するにあたり ACT を導入。 ・ 家族間のコミュニケーション、患者の生活能力の不足への対応。 ・ 患者・家族ともに症状への理解が乏しく、症状理解のための心理教育が必要。 ・ 公認心理師が最も患者と深い関係を構築でき、傾聴やアセスメント等の介入をすることが効果的であった。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【公認心理師】当初から継続介入し患者を一番に理解。家族や保健師等との連絡調整。 ・ 【看護師】体調管理、受診へのつなぎ。 ・ 【作業療法士】緊張感を和らげる作業療法を実施。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟へ訪問し、病棟外で患者が話をしやすい場所でコミュニケーションを取った。 ・ 母親の思いを十分に聞き取り母親とも関係構築。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親の面接を通じて家族をアセスメント。 ・ 他職種からの情報を踏まえながら患者の苦労や傷つき経験を整理。 ・ アセスメント結果は患者・母親にフィードバックし透明性を担保。 ・ チームへは家族支援の重要性を提案。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリプランを患者宅に訪問した際に公認心理師が患者と一緒に作成。 ・ プランはチームで共有し方針を統一。プランは 3 か月に 1 回の頻度で更新。文字化することに患者は抵抗感があり、それ以降は作成せず。 ・ 患者不調時にクライシスプランを一緒に作成。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問拒否の期間をはさみながら、週 2～3 回の頻度で家庭へ訪問。 ・ 母親とは電話での状況確認と相談。 ・ 公認心理師は主担当として連絡方法・頻度・訪問のタイミングを検討。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平時より定期的に保健師と情報共有し、チームの一員となってもらう。 ・ 訪問拒否の間は、保健師に母親との連絡・面接・メンタルヘルスの維持を依頼。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全ての段階でアウトリーチを実施。 ・ 散歩や商店街への外出の同行。 ・ 地域活動支援センター・就労継続支援 B 型事業所への見学同行、受診同行。 ・ 道迷いの際の迎え(緊急対応)。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議の開催や場の設定は公認心理師が調整。 ・ チーム内のカンファレンスは毎日実施。より詳細なカンファレンスを週 1 回実施。 ・ 患者家族とのケア会議を半年に 1 回の頻度で実施。 ・ 保健師が年 1～2 回は ACT の支援に同行。3～4 か月に 1 回、電話で近況報告。 	
支援の結果・転帰		<ul style="list-style-type: none"> ・ 4 年半以上在宅生活を送れている。 ・ 家族も患者の状態に合わせられている。 ・ 関係を断絶することなく、関係が維持されている。 	
参画効果 CPP	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の患者理解を深まり、家族と患者の間の衝突が減少した。 ・ 家族が困った時の対処法を増やすことにつながった。 ・ 患者自身のセルフケアが上達した。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族関係の心理学的解釈を他職種に共有。 ・ 患者のストレングスを伸ばす姿勢を他職種と共有。 ・ 他職種と訪問することで、公認心理師の姿勢や関わり方を他職種に伝えられた。 	

ケース 8		D 精神科病院	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、40 歳代	
	診断・状態	統合失調症	
	ICMSS	1・2・3・5・6・7・8・9・11	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 退院後約 1 年半の間に両親が死亡。現在一人暮らし。 医療福祉サービスの利用なし。 一時期、生活保護を受給していたが現在はなし。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 最低限の買い物はするが、それ以外は外出できない状況が継続。 20 回以上入退院を繰り返しており、多職種による包括的な支援が必要だった。 	
支援体制	支援期間	3 年前に転院～現在も継続中(入院時から関与)	
	関係職種 ★: 主担当	院内	★公認心理師、看護師
		院外	保健センター、福祉事業所
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 20 回以上入退院を繰り返し、訪問看護の利用もなく、新しい対応が必要とされ、ACT の利用を目的に転院。 転院後、心理師は継続介入しており、患者と最も深い関係構築ができていた。 退院時点では両親も健在であり、家族支援が必要だったため、公認心理師の介入が適切と判断された。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【公認心理師】患者への面接・アセスメント。生活支援。 【看護師】服薬管理。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 週 1 回の頻度で訪問。最初は顔あわせのため全メンバーで訪問し、その後はそれぞれの職種が訪問。 退院前から病棟へ訪問していたことで、退院後の支援をスムーズに開始。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 患者の様々な語りを基に、患者に必要な支援や患者の背景を聞き取っていった。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 訪問開始 4 か月目、家を荒らし、臨時で訪問してクライシスプランを一緒に作成。 その後、将来のこと・やりたいことについて患者と少しずつ話をしていき、リカバリープランを作成。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 週 3 回の訪問から開始し、徐々に安定してきた段階で週 2 回に切り替え。 生活支援(支払書類の確認、役所への申請への同行等)を実施。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> 服薬管理のため院内他職種と連携 生活保護受給の関係で福祉事務所への同行・連絡調整を実施。 保健センターには ACT に同行してもらい実践現場を見てもらっている。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> 全ての段階でアウトリーチを実施。 インフォーマルなサービス(例: 床屋、銀行等)への同行。 他職種と一緒に訪問し、30 分は他職種が同行。その後は公認心理師のみで報酬を算定できないサービスとなる。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> チーム内のカンファレンスは毎日実施。 必要に応じて保健師同席の会議を開催。 障害福祉サービスの利用に当たっては関係者による会議を開催。 	
支援の結果・転帰		<ul style="list-style-type: none"> 20 回以上入退院を繰り返してきた人が、入院せずに地域生活を継続している。 自分が大変な時に「大変だから入院させてほしい」と言えたこと(入院には至らなかったが)。 	
参画効果 CPP	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> 患者のパーソナルな部分を聞くことができる。 ストレングスを大切にすることで、患者も「できる」と言葉にし、実際に行動に移すことができ、助けを求められるようになった。 リカバリープラン作成時に、「仕事をしてみたい」という希望を語ってもらえたこと。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 患者のストレングスを伸ばす姿勢を他職種と共有。(例: 保護的になり過ぎず、自らやってもらうよう促していく) 患者と他メンバーの相性に合わせて訪問をアレンジ。 	

c) クリニックの事例

ケース 9		E クリニック	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、10 歳代	
	診断・状態	ASD、軽度の知的障害	
	ICMSS	2・3・10・12・13・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親と二人暮らし。 ・ 療育手帳取得。生活保護・特別児童扶養手当を受給。 ・ 特別支援学級ののち特別支援学校の中等部に進学。 ・ 放課後等デイサービスを利用。 ・ 母親は精神科に通院(鬱(気分障害))。内臓に身体疾患を抱え、現在も総合病院へ通院。無職、患者祖母の介護中。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者母親は地域の社会資源とつながることが難しい。 ・ 母親も対人コミュニケーションに課題を抱えている。 	
支援体制	支援期間	・ 幼稚園～中学生、現在も継続中(7～8 年)	
	関係職種 ★: 主担当	院内	・ ★公認心理師
		院外	・ 相談支援事業所(精神保健福祉士)、児童発達支援事業所(～幼稚園)、放課後等デイサービス(小学校～)
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が、母親のみでは福祉サービスの利用や進学先の選択等が難しいと判断し、公認心理師の介入を指示。 ・ 医療・福祉的の支援に加え、家族関係の調整、発達支援への対応も求められた。 	
主要チームメンバーの主な役割	・ 【公認心理師】患者と母親双方の特性を踏まえた心理支援・家族支援。地域の支援機関との調整。		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どものアセスメントを通じて母親と関係構築。 ・ 子どもとはプレイセラピーを通じて関係構築。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子どもの発達のアセスメント。 ・ 母親の虐待リスクの評価。 ・ 母親の養育能力の評価。 ・ 子どもへの関わり方を母親に心理教育。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相談支援事業所、児童発達支援事業所が支援計画を策定するために開催するケース会議に参加。 ・ 発達状況を踏まえて、支援方針を助言。 	
	直接支援	<p>【子ども】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プレイセラピーを通じたトラウマの緩和。 ・ 学習面をサポート。 ・ 集団生活の中での対人スキルをサポート。 <p>【母親】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3 か月に 1 回、支持的なカウンセリング。 	
	院内外連携	・ 年齢に応じて、放課後等デイサービス、特別支援学校、デイケア等との連携を検討。	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保育所等訪問支援を通じたアウトリーチを実施。 ・ 学校へ様子を見に行き、教員と話をしたり、三者面談にも同席。 ・ 学校から親との関係性について相談を受け、学校の教員と公認心理師とで話し合いの場を設定。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相談支援事業所、児童発達支援事業所が定期的に計画を立てるためにケース会議を開催。 ・ その他、必要に応じて会議を開催。 	
支援の結果・転帰		<ul style="list-style-type: none"> ・ 放課後等デイサービスやデイケア等、患者の行きたい場所が家以外に増えている。 ・ 地域の中での患者本人の居場所は作れている。 	
画効果 CPP 参	患者への効果	・ 親や関係機関の立場も踏まえつつ、子どもの話を大事にし、“そのために何をするか”という支援ができた。	
	チーム・他職種への効果	・ カウンセリングの中で出てきた情報は、必要に応じて適正に関係機関に還元し、支援に活かしていく。	

ケース 10		E クリニック	公認心理師:チーム構成員
患者概要	性別・年代	男性、40 歳代	
	診断・状態	統合失調症	
	ICMSS	1・2・6・12・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 両親と三人暮らし。 ・ 障害者雇用で就労していたが、人間関係から不調に。一時ひきこもり生活となる。 ・ デイケアを利用。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労希望はあるが、対人関係が上手くいかず続かない。 ・ 両親ともに高齢化が進む中、将来的な独立に向けた家事能力の習得や持ち家の管理等が課題。 	
支援体制	支援期間	・ 就労訓練の開始～現在も継続中(約 7 年)	
	関係職種 ★:主担当	院内	・ ★精神保健福祉士(デイケア)、公認心理師
		院外	・ 就労継続支援 B 型事業所、グループホーム
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 投薬と診療を続けてきたが、社会復帰に向けたデイケア利用を目的に転院。 ・ グループホームへの入所や就労に向けた相談や両親への説得等のため、患者が公認心理師のサポートを求めた。 	
	主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【公認心理師】カウンセリングによる状態把握。チームへの情報共有。 ・ 【精神保健福祉士】今後の方向性について患者と調整。ケース全般に中心的に関与。 	
CPP の取組内容	関係構築	・ デイケアスタッフが、関係構築を行いケースマネジメントを主導。	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイケアスタッフが、患者の今後の意向等について本人から情報収集し整理。 ・ デイケアスタッフが、親と面談を行い家庭の状況を整理。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公認心理師はデイケアの計画策定に協力。 ・ 月 1 回のカウンセリング結果を共有。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人とは月 1 回の頻度で、公認心理師がカウンセリングを実施 ・ 親とは、就労や一人暮らしといったテーマについて公認心理師が面談を実施 	
	院内外連携	・ デイケアスタッフが、相談支援事業所やグループホームと連絡を取り調整。	
	アウトリーチ	・ お金の話の際に自宅で面接を実施	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイケアは毎日振り返りを実施しており、公認心理師から情報共有することもある。 ・ デイケアの支援計画のため 3 か月に 1 回定期劇に会議開催。公認心理師も参加することもある。 	
支援の結果・転帰		<ul style="list-style-type: none"> ・ ひきこもりの状態からデイケアに通えるまでになっている。 ・ 症状が安定して、就労や一人暮らしを目指す形につながっている 	
効果 CPP 参画	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公認心理師が患者との唯一の接点となり支援とのつながりを維持していた時期があった。 ・ 母親の相談役として信頼を得ていた。 	
	チーム・他職種への効果	・ 節目節目での関係機関と患者・保護者との関係構築をサポート。	

ケース 11		F クリニック	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	女性、40 歳代	
	診断・状態	自閉スペクトラム症	
	ICMSS	1・2・5・6・9・12・14・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 夫とは離婚し子どもと二人暮らし。 患者・子ども、ともに発達障害。 通院歴は 10 年以上。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 患者自身の障害・健康管理もままならない中、子どもの養育に不安を感じている。子どもは発達障害で不登校の状況。 患者自身が、自身及び子ども関係の支援者とやり取りすることの負担が大きく混乱している。 服薬を希望し、不定期になっても医療機関には通院。 		
支援体制	支援期間	4 年前(訪問看護の開始)～現在も継続中	
	関係職種 ★: 主担当	院内	医師、★公認心理師、精神保健福祉士
		院外	訪問看護事業者、地域活動支援センター、子ども家庭支援センター、役所ケースワーカー
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 離婚や二人暮らし等への負担から体調不良となり通院・訪問看護の利用を開始。 多くの支援者とのやり取りが負担や傷つきとなり疲弊、連絡を断絶。当院に患者が助けを求めた。 公認心理師は、長く患者の心理相談を担当し状況把握と患者との関係性ができていた。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【公認心理師】院内でのまとめ役・院外との連絡調整役を、のちに公認心理師に一元化。 【精神保健福祉士】訪問看護の事業者選定。手帳取得の手続き支援。 【訪問看護】直接支援。地域の障害福祉サービスとの連絡調整。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 公認心理師が最も患者との関わりが長く、支援開始当初からの経緯を熟知。 障害特性に応じたコミュニケーション方法を模索し、公認心理師から他の支援者へ提案することで関係再構築を支える。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 心理検査や面接から本人の特性・認知機能・生活能力を評価。 他機関と認識に齟齬がある点について、公認心理師が新たな視点で見立てを伝え、すり合わせを行った。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 本人との連絡調整窓口を公認心理師に一時的に一元化。 各機関と本人が、一旦は直接連絡を取らない体制に修正(のちに戻していく)。 患者家族との関係性、それぞれの性格や特性、これまでの経緯を踏まえ、子どもの支援において祖父母への協力依頼を中止する方向に方針転換することを提案。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 安否確認等の必要な連絡も当院が仲介。 公認心理師であれば障害特性を踏まえて対応してもらえると患者から認識されていた。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> 公認心理師が患者と関係機関の橋渡し役を担う。 支援者会議を子ども家庭支援センター主催の形で実施することを提案。 	
	アウトリーチ 会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> なし 支援者会議は、この 4 年間で計 2 回参加。 	
	支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> 患者本人と子どもが定期的に通院できるようになった。 誰も二人の状態が分からない、という状況からは脱した。 支援の再構築に向けた土壌が整った。 	
果 CPP 参画効	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> 患者から、障害特性やトラウマを専門的に理解し適切に対応してくれると認識されていた。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 場のアセスメントを行いながら公認心理師が議論の交通整理やファシリテーションを実施することもある。 支援方針の軌道修正においては公認心理師のアセスメントが活かされた。 	

ケース 12		G クリニック	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、50 歳代	
	診断・状態	パニック障害、うつ病、過敏性腸炎	
	ICMSS	1・2・9・10	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親と二人暮らし。父親は他界。 ・ 高校生の時より過敏性胃腸炎で下痢や便秘に悩む。 ・ 就職先が決まらず、抑うつや不眠、不安の症状が現れた。職歴はなし。 ・ 別の医療機関の訪問支援を受けていたが、担当者の転勤により当院へ転院。 ・ 障害福祉サービスの利用はなし。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 20 年に及ぶひきこもり生活。 ・ 抑うつ・パニック障害・下痢の症状が酷く、外出が困難。 ・ 外出しようとするとう悸・息切れの症状がみられる。 		
支援体制	支援期間	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【多職種チームの支援期間】6 年前(訪問看護開始)～現在も継続中 ・ 【公認心理師の介入期間】約 2 年 	
	関係職種 ★: 主担当	院内	・ 医師、★公認心理師、作業療法士、看護師
		院外	・ 就労継続支援 B 型事業所
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療を希望し転院してきた。 ・ パニック症状への対処法指導、外出支援、服薬管理等を主たる目的とした。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【公認心理師】支援計画の作成。見立ての共有。他職種への依頼。全体のマネジメント。 ・ 【作業療法士】就労に向けた作業療法や作業所へのコーディネート。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊張が強いため、最初は母親同席で面接を行い、少しずつ本人や母親との信頼関係を構築。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期のひきこもりを可能にし得た母子関係のアセスメント。 ・ 支持的カウンセリングよりも行動療法的介入の必要性を検討。 ・ 患者本人の目標や外出希望の把握。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ リラクゼーション技法・呼吸法・自律訓練法を身に付けてもらうことを目指す。 ・ ある程度活動(外出)できるようになった段階で訪問看護ステーションと連携し生活の幅を広げることを目指す。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当初は医師・公認心理師で訪問し、公認心理師がリラクゼーション技法、呼吸法、自律訓練法の指導のほか、生活指導や外出練習を実施。 ・ 訪問看護ステーションとの連携後は、公認心理師は自律訓練法を指導し、訪問看護ステーションスタッフが外出支援を担当。 ・ 訪問看護ステーションスタッフにも自律訓練法を体験してもらい、訪問看護時にも患者が実施できるように支援。 ・ 患者がクリニックに通院できるようになってから、集団療法に参加してもらい人との交流を練習。 ・ 開始後 2 年程で公認心理師の介入は終了し、以後訪問看護ステーションが継続支援。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーションとは朝のミーティングで情報共有。 ・ 訪問後は互いに報告を行い、その後の動きに疑問があれば話し合いを重ねる。 ・ 週 1 回のカンファレンスでケース検討。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅訪問(公認心理師は主に自律訓練法を指導) ・ 外出支援や社会活動参加の支援 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有は週 1～2 回。 ・ カンファレンスは必要時。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公認心理師の支援を卒業後、就労継続支援 B 型事業所へ通所している。 		
CPP 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の不安、緊張が緩和し、3 か月後に外出が可能になった。 ・ 本人の希望する外出・地域参加が可能になった。 ・ 集団療法を通じて人との交流へ慣れ、作業所への通所につながった。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不安・緊張を行動療法的に和らげてから他職種への支援に広げていったことで、スムーズな支援の展開が可能となった。 ・ 公認心理師のアセスメントがケースマネジメントの前提となっている。 	

ケース 13		G クリニック	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	女性、30 歳代	
	診断・状態	不安障害、うつ病	
	ICMSS	1・2・5・8・9・10・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 夫(発達障がい)と二人暮らし。 包括的支援マネジメント導入当時は妊娠 6 か月。 子どものころ、家族からの暴力あり。 障害福祉サービスの利用なし。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 夫はコミュニケーションが苦手、患者とのコミュニケーションにも課題。 夫のアルバイト収入で生活し、経済的にも困窮。 初めての妊娠、夫とのコミュニケーションの困難さ、経済的困窮等が重なり、不安定な状態で受診。イライラや泣き出す等あり、自殺企図に近い行動もみられた。 人を頼れず、自ら相談することに不慣れで、すぐに心を閉ざしてしまう。 		
支援体制	支援期間	<ul style="list-style-type: none"> 出産後～子どもが 1 歳になる頃(約 1 年) 出産後 100 日目までの約 5 か月が危機介入、保育園入園に合わせ連携解消。 	
	関係職種 ★: 主担当	院内	医師、精神保健福祉士、★公認心理師
		院外	産婦人科医師・保健師、総合病院、児童相談所、保健所保健師、生活保護課
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠期より、医師の指示の下、不安軽減・安心の獲得を目的に心理面接で関与。 出産後、精神症状悪化し提携先の産婦人科より往診依頼あり、育児サポートの調整のために医師から公認心理師に介入依頼。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【公認心理師】カウンセリング。患者や夫への説明。他機関との調整。全体マネジメント。 【精神保健福祉士】精神科総合病院への入院調整。 【院外】産婦人科は患者・子どものサポート。児童相談所は子どもの里親調整。地域の保健師は退院後の育児支援・環境調整。生活保護課が経済面の支援を担当。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 本人や夫との面接を重ねた。 患者の状態が悪い時(妊娠中)から心理面接をしていた。患者の公認心理師への信頼や公認心理師による患者理解が前提にあった。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 本人は口数が少なく他者に頼れない性格であり、育児に不安を抱えていた。 夫はコミュニケーションが苦手、患者や支援者とのコミュニケーションに課題がある。患者・夫ともに他者との関係構築が苦手。 経済的な困窮。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 必然的に決まった支援方針について、問題がないか確認する形で関与。 各支援者が「点」で支援している形のため、その調整を公認心理師が実施。 患者や夫とのカウンセリングで把握したことを支援者に共有し理解を促す。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> カウンセリングをベースに、ニーズ把握に注力(育児サポートの利用等)。 本人のメンタルサポートと育児情報の提供。 夫と育児・仕事に関する話し合い(夫の育児協力が必須であることの共有)。 他機関との連携状況の患者・夫への説明。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> 保健所とは日中の家庭支援員利用を調整、産婦人科とは夜間の支援体制を調整。 児童相談所とは、夫の要望を受けつつ、子どもを里親から患者・夫のもとにどのように戻していくかの段取りを調整。 各機関(児童相談所、保健所、産婦人科等)の支援がバラバラにならないよう、支援内容や役割分担、各支援を行うタイミングを調整。 	
	アウトリーチ	なし。保健師・児童相談所のアウトリーチを後方支援。	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> 本人退院時ケア会議。 その他は必要があれば随時実施。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> 夫婦での子育て環境が整い、患者は時々不安になりながらも、育児支援員、夫、保育園の協力を得ながら、三人で上手く生活するようになった。 二人目の出産もあったが、大きな問題なく生活できている。 夫の仕事の都合で転居となり、転院。 		
CPP 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> 患者本人は口数が少なく人に頼れない性格で、夫はコミュニケーションが苦手なので、丁寧に説明していった。 患者の状況や言葉にならない部分を理解・言語化することができた。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 本人が発信することが難しかったため、その代弁者となり各所に協力を依頼。 夫との話し合いも十分に時間をとって行い、行政につなぐ。 行政等の地域の支援者はそれぞれの事情から支援できる範囲が決まっている場合もあり、各支援者の役割を組み合わせながら依頼をしている。 	

ケース 14		H クリニック	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	女性、20 歳代	
	診断・状態	抑うつ状態、不眠症、社交不安障害	
	ICMSS	1・2・5・10・12・14・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ひとり親家庭。 母親に精神疾患があり、ネグレクトのため保護され、養護施設で生活。 養護施設退所後はグループホームに移行。 生活保護を受給。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 抑うつ状態でひきこもり、高校に通えない時期もあった。 自傷行為や、過食状態もみられた。 母親との接点は一切なく、天涯孤独。 年齢超過により児童相談所の関与も終了。 言語化が苦手でコミュニケーションに問題あり。 		
支援体制	支援期間	18 歳(養護施設退所時)～現在も継続中(約 4 年)	
	関係職種 ★: 主担当	院内	★公認心理師、作業療法士、看護師
		院外	障害者支援センター、福祉課、グループホーム、就労移行支援事業所
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 養護施設職員から公認心理師への連絡がきっかけ。 医師の外来診察につながり、公認心理師の介入が指示された。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【公認心理師】支援全体のコーディネーター。障害者支援センターとの連絡調整。 【作業療法士】作業療法を通じた関係構築。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 患者が関係者をつながる前に、まず公認心理師自身が患者としっかりつながる。 多くの支援者を前にすると患者は話せなくなるため、支援者と患者の関係を仲介。 患者の通院を動機づけるため、対話を通じて通院目的の落としどころを明確化。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 患者の態度・行動の背景をアセスメント(愛着障害、スキゾイド傾向、パーソナリティ障害の可能性等)。 WAIS を実施。他職種と患者の行動の背景や心理検査結果を共有。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 短期的には、人とつながる・決まった時間に来る等の基本的なことを計画。 5～10 年後に、生活保護を受給し、社会とのつながりを作り、就労すること等を視野に、中長期的な支援方針を検討。 目標の達成・未達成に縛られず、幅広い視点から計画の進捗や患者の状態をモニタリング。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 心理カウンセリング(1 回 30 分)を継続。 患者の困り事に耳を傾け言語化を促すやり取りを繰り返すことにより、「話すすと分かってもらえる」という体験を積んでいく。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> 他の支援者の陰性感情をフォロー。 他の支援者のモチベーションを引き出す。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> 養護施設への訪問。 就労移行支援への同行(報酬は取れない)。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> 3 か月に 1 回の頻度でケア会議を開催。 危機的な状況では、関係機関と医療の間で密に電話でやり取り。 その他、LINEWORKS を活用して情報共有。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> 当初は SDS がうつ病レベル。最近は正常圏になり、抗うつ剤も飲んでいない。 就労移行支援を経て、短期ではあるがアルバイトに行っている。 ナイトケアで、母親ほどの年齢の職員とともに調理を学んでいる。 外出できないことはなくなった。通院も継続できている(通院困難な場合は自力でその旨を連絡できている)。 		
効果 CPP 参画	患者への効果	時間がある公認心理師が、カウンセリング等を通じて患者とつながることができる。	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> WAIS や WISC 等の検査結果を踏まえた情報共有を実施した。 他の支援者のやる気・意欲を引き出せるような姿勢で対応した。 チームの関係性を見ながら会議での議論を促した。 	

ケース 15		H クリニック	公認心理師: チーム構成員
患者概要	性別・年代	女性、40 歳代	
	診断・状態	双極性感情障害	
	ICMSS	5・6・10	
生活課題	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 導入時は妊娠期。 夫・子ども(6 歳)と三人暮らし。 患者が 20 代の頃から外来通院を継続。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠・出産で体調が悪化。 躁状態になると被害妄想や激しい行動化が生じる。 育児希望・養育希望がなく、子どもに手をかけてしまうことがあり、強制的な分離も検討された。夫が強く拒否し、支援者にも怒りが向けられ、保護に至らなかった。 子どもには愛情を持ってないが、夫は大事であり、子どもと夫の間に嫉妬。 夫は支配的だが、捨てられたくないため完璧な妻・母を演じようとし疲弊。 	
支援体制	支援期間	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠期～子どもが 0～2 歳の頃 公認心理師は患者が 20 代の頃から現在まで約 16 年間関与 	
	関係職種 ★: 主担当	院内	公認心理師、看護師、グループスタッフ(看護師、精神保健福祉士、作業療法士)
		院外	★保健師、児童相談所、子ども家庭センター、訪問看護、ヘルパー、保育園
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠中にハイリスクと診断され、医療機関から保健センターも介入するよう依頼し、院内外の多職種支援体制を構築。 公認心理師は、子育ての視点からの介入し、発達支援からの見立てを行うことが求められた。地域の支援者が子どもを支援し、公認心理師は母親のサポートを目的とした。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【公認心理師】病院側の窓口。他職種への情報共有。 【看護師】患者や子どもの状態把握・情報共有。 【保健師】全体のコーディネート。 		
CPP の取組内容	関係構築	地域の支援者が躁状態の患者に翻弄されており、支援者のフォローに力点を置いて介入開始。	
	アセスメント	患者が強迫的な状態に至る背景を共有し、対応方法を支援者と話し合った。	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 保健師が計画策定を主導。 コミュニケーションのスキルマップづくりを公認心理師が担当。 SOS の出し方や出すタイミングについて、公認心理師が心理教育するよう計画。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> カウンセリングの中で、伝え方のスキルを指導。 心理教育(自身の状態の理解、躁状態を察知して点滴を受けに来ること等)を実施。 その他の調整・支援(子どもの保育園等の育児関係、ヘルパーへの依頼等)は保健師が主導。 	
	院内外連携	ケア会議において、患者の状態や症状を関係者に共有。	
	アウトリーチ	子どもを母親のもとに戻してよいか主治医の意向を確認するため、入院先の医療機関へ訪問。	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ケア会議を 2 回開催。公認心理師は患者(母親)の病状や状態像を伝える役割。 院内は毎朝の申し送りやケースカンファレンスにて情報共有。 	
支援の結果・転帰		<ul style="list-style-type: none"> 子どもの保護がなくなった。 患者の入院がなくなった。 服薬することで安定することを患者にも理解してもらえた。 	
効果 CPP 参画	患者への効果	16 年間長期で支援しているため、患者の状態を詳しく把握できることを強みとして情報共有してきたこと	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 16 年間患者を支援してきたことを強みとして、関係者に中長期的な支援展望を共有した。 患者の症状や状態を関係者に伝え続けられる。 	

ケース 16		I クリニック	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、20 歳代	
	診断・状態	自閉スペクトラム症、うつ病、軽度の知的障害、アトピー性皮膚炎	
	ICMSS	1・2	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親・継父・妹と四人暮らし。両親は内縁関係で患者が小学 6 年生の頃から同居。 ・ 高校卒業後に就労したが半年で退職、その後 5 年程ひきこもり。 ・ デイケア、就労継続支援 B 型事業所を利用。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 言語性が低く、緘黙に近い寡黙な人。患者自身で支援につながる力が乏しい。 ・ 対人関係は限られ家族とのコミュニケーションも乏しい。 ・ 境界知能だが普通級で進学。家族は障害受容ができていない。 ・ 家庭内での患者への風当たりが強い。 	
支援体制	支援期間	・ 2 年前(就労継続支援 B 型事業所へ移行)～現在も継続中	
	関係職種 ★: 主担当	院内	・ 医師、★公認心理師(外来・就労 B)、看護師(デイケア)、看護師(就労 B)、公認心理師(就労 B)、公認心理師(就労 B・就労移行支援兼務)、精神保健福祉士(就労移行支援) ※同一法人内の障害福祉事業所を含む。
		院外	・ 保健師、相談支援員
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親の勧めで受診。通院・デイケア利用を継続する中で就労を目指すこととなり、就労継続支援 B 型事業所の通所検討をきっかけに多職種チームを構成。 ・ 寡黙な患者との関係構築、障害福祉サービス導入に当たり院内外のつなぎ役が必要だった。 ・ 法人内で就労継続支援 B 型事業所と外来を兼務する公認心理師が主担当として介入。面接・作業から多角的に支援し、患者のセルフケア習得や他職種へアセスメント共有が期待された。 	
	主要チームメンバーの主な役割	・ 【公認心理師】院内外の関係者間の調整。就労 B や外来等での直接支援も実施。	
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対人緊張・対人不安が強い患者のペースに合わせて関係を構築。 ・ 対人関係が苦手なため、顔見知りのスタッフがいることを重視。 ・ 患者とのコミュニケーションの取り方を他職種に助言。 ・ 患者の気持ちや失敗する権利も尊重するようにと他職種へ助言。 	
	アセスメント	・ デイケア、就労 B、就労移行支援から、対人関係・作業への取組姿勢・注意や集中の維持の程度・運動機能・物事の理解の仕方など、多岐に渡る情報を収集し公認心理師が包括的にアセスメント。	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者は、作業はできるが、疲れが出てきてもそれを自覚できない問題があった。 ・ 患者に疲れを自覚してもらえるよう、面接を通じて疲れが出るときの状態を細かく整理し明確化することにした。 ・ 通所先の情報、外来の情報、患者の体感情報を収集し、それらがある程度一致してきたところで次のステップに進むように計画。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各所からの情報を集約し、医師に確認を取りつつ、デイケア→就労 B→就労移行支援と段階的な移行をマネジメント。 ・ 患者との心理面接は、当初は 2 週間に 1 回(診察前の面接 20 分)だったが、就労移行支援に移行後は月 1 回。 ・ 母親と直接面接を実施し心理教育を実施。母親とは電話でも相談。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な窓口・情報集約は公認心理師が担当。 ・ 外来診療後に全員でミーティング実施。 ・ 組織内に障害福祉サービス事業所も併設されているため、シームレスに情報共有。 ・ 院外の保健師とは転機となるタイミングで公認心理師から連絡。 	
	アウトリーチ	・ 法人内の障害福祉サービス事業所に行くことはある。	
	会議・打合せ等	・ 外来診療後のミーティングで情報共有。	
	支援の結果・転帰	・ 現在は、民間企業の特例子会社に採用され試用期間中	
CPP 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疲れを自覚できるようになっており、そのことをスタッフに相談できるようになった。 ・ アトピーをはじめ身体面のセルフケアができるようになった。 ・ 他者とのつながりが増え、結果としてコミュニケーション力が向上。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寡黙な患者の言語化を公認心理師が支援したことで、アセスメントの充実、支援者・家族の患者理解の促進につながった。 ・ 認知的な特性に関するアセスメント結果の情報提供が就労先の選定に役だった。 	

ケース 17		I クリニック	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	女性、30 歳代	
	診断・状態	強迫症、抑うつ	
	ICMSS	1	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親・妹との三人暮らし。父親は他界。母親は専業主婦だが家業から経済的には問題ない。妹も強迫症あり。 ・ 障害者就労をしているが休職が長く続いている。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の自覚と実際の行動にギャップがあり、周囲も理解が難しい。 ・ 休職が長く続いている。企業側も就労継続を求めていたが、これ以上休職が続くと契約更新が難しい状態。 ・ 母親に相談できず、距離を取って生活。しかし不調時には母親の支えなしには過ごせない。自分でやらなければと強く思うが、ひとり相撲の状態。 		
支援体制	支援期間	<ul style="list-style-type: none"> ・ 約 3 年前から包括的支援マネジメントを時期を分けて 2 回実施 	
	関係職種 ★: 主担当	院内	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師、★公認心理師、看護師(外来)
		院外	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師(就労定着支援)
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労定着支援を通じ患者と面識がある公認心理師が、就労先の地域企業との関係維持や強迫症への介入を目的に参画。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【公認心理師】就労先の調整。強迫症への介入。 ・ 【看護師】外来診療での面接。就労定着支援。 ※看護師 2 名のうち 1 名の退職を契機に公認心理師が参画し多職種チームを編成。公認心理師は精神保健福祉士の資格もあり。療養生活継続支援加算を算定。 ※個々の専門職が独自に動いたケース。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共感的な信頼関係構築は基本スキルとして前提。 ・ どこまで医療的に切り込めるかが重要だが、本ケースでは強迫症についての心理教育や、症状への対処能力の向上を重視。 ・ 同時に生活習慣を変えていくことになるため、動機づけを維持することに配慮する。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 強迫症に関しては、専用の質問紙(Y-BOCS)を用いて症状を評価。 ・ モニタリングシートを用い、生活の様子と症状の回数を患者自身が宿題として記録。行動活性化法の基礎データとなる。 ・ 日々の睡眠ペースや外出回数などを確認。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント結果を踏まえ、医師にも判断を仰ぎつつ介入の可否を公認心理師から提案し、カルテ上で他職種に共有。 ・ 強迫観念があることは分かった上で、別の五感の刺激に注意を向ける練習をするなど、別の工夫を一緒に考える。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ マインドフルネスの考え方にに基づき、注意の向け方を変えていく練習を指導。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 強迫症への介入に関しては適宜他職種と情報共有。 ・ 企業とのやり取りは公認心理師が電話・メールで実施。患者と企業の誤解を訂正するなど橋渡し。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 企業との面接への同行。併せて企業の担当者・上司に心理教育を実施。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日々の多職種ミーティングの中で共有。 ・ 月 1~2 回程度の頻度で、ICM で関わっているメンバーと情報共有。 	
	支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休みがちながらも、現在は仕事に復帰して勤務しており、常勤雇用になっている。 	
CPP 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日々のサポートを通じて、患者が注意すべきことや対処法が明確になった。 ・ 公認心理師が企業との調整を行うことで、結果的に退職に至らず労を継続することができた。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公認心理師からの情報提供により、強迫症そのものや、強迫症が生活や職場での不適応にどう関係しているかを、チームが詳しく知ることができた。 	

ケース 18		I クリニック	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、30 歳代	
	診断・状態	統合失調症、強迫症、ASD 傾向	
	ICMSS	1・2・10	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親と二人暮らし。 ・ 17 歳で発症後、複数の医療機関への転院あり。 ・ 外出はほとんどなく、10 年以上社会的関わりがないひきこもりの生活。 ・ 障害年金を受給。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 強迫症の症状が強く、その影響を受けた生活パターンが定着。 ・ 母親も生活が成り立つよう手助けをしたことがかえって症状を長引かせていた。家族への心理教育も必要。 ・ 外出がほとんどなく、5 分の距離の病院へも母親が車で送迎。 ・ 母親の世話がないと生活が回らない状況。 		
支援体制	支援期間	<ul style="list-style-type: none"> ・ 約 3 年前から包括的支援マネジメントを時期を分けて 2 回実施 	
	関係職種 ★: 主担当	院内	<ul style="list-style-type: none"> ・ ★公認心理師、医師、デイケア
		院外	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健師、ヘルパー(居宅介護支援)
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親の強い希望もあり、カウンセリングでの支援を開始。強迫症が強く、長年のひきこもり生活を変えるためにも行動療法が必要と判断され、公認心理師が介入。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【公認心理師】カウンセリング。強迫症への介入。医師やデイケア、地域の支援者等との連携や調整。 ・ 【デイケア】集団生活の様子を観察。患者は卓球に好んで参加。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の趣味(野球やゲーム)を起点として会話が弾み、関係を構築。 ・ 自分が安心して話せる空間だと相手の文脈を気にせず話をする。 ・ 話し相手が母親以外にいなかったため、カウンセリングが大事な場所になった。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団生活の様子を把握するため、デイケアでの様子を担当者から聞き取り。 ・ 独特の強迫観念やイメージ、儀式と回避が習慣化した生活が判明。 ・ 居室にポータブルトイレがあり、万年床で生活し、一人では外出できず、自宅で無為に過ごしていた。 ・ ドアの開閉やコンセントの抜き差し、蛇口をひねる等も母親にやってもらっていた。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医やデイケアスタッフと意見交換し、本格的に暴露法を導入することとした。 ・ 生活の様子をモニターしてもらいながら、強迫症状をリスト化し、心理教育と暴露法を説明。母親にも、どう変える必要があるかを話し、理解してもらえた。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 面接室やクリニックの建物、エスカレーター、トイレ、駅やコンビニに出かけての暴露法を実施。 ・ 29 回目のセッションは自宅訪問セッションを行ない、ズボンの脱ぎ履き、部屋の移動、トイレでの排尿を行ない、ポータブルトイレをなくすことができた。2 回目の訪問時は車で待ち合わせ、自宅での暴露法の後、保健センターで保健師と顔合わせに同行。 ・ 48 回目のセッション以降は生活記録等を用いたブースターセッションを継続。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内はデイケアとのインフォーマルに連携を図った。 ・ 院外は保健センターとの連携。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ クリニックの建物、エスカレーター、トイレ、駅やコンビニに出かけての暴露法。 ・ 自宅での暴露法のセッション(2 回訪問) ・ 河川敷でキャッチボールし、その後保健センターで保健師と顔合わせに同行。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医やデイケアスタッフにはインフォーマルに情報共有。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・ Y-BOCS は、セッション 10 回目時点で 24 点、2 回目の訪問後に 13 点、セッション 60 回目時点で 8 点。 ・ 60 回目のセッション時点で、「観念が浮かんでも止まらずにそのまま行く」が新しい習慣として定着しつつある。 		
効果 CPP 参画	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅への訪問が正確なアセスメントを可能にした。 ・ 生活場面での暴露法の実施が患者の変化を引き起こした。 ・ 外出が困難な患者を想定すると、公認心理師も訪問できると良い。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特性や性格、生活歴を見て、どういったことが起こりやすいか、これから支援をする人たちに伝えられる。 	

ケース 19		Jクリニック	公認心理師:主担当
患者概要	性別・年代	男性、30 歳代	
	診断・状態	ASD	
	ICMSS	1・2・10・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 父親・母親との三人暮らし。弟は他県で暮らす。 ・ 大学への通学が困難となり休学中(後に退学)。 ・ 母親が脳梗塞を患い、父親主導のもと自宅で看病。 ・ 支援期間中に父親が他界し、母親と二人暮らしとなり一人で看病を継続。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対人関係の構築が困難。感情コントロールが困難。叱責されるとパニックを起こす。 ・ 顕在発症したことにより、疲れやすくなる。明確に規律・規範やルールに反する行為を見ると憤慨し、疲弊する。 	
支援体制	支援期間	初診から 5 年後(就労支援への移行)～現在まで継続中	
	関係職種 ★:主担当	院内	・ 医師、★公認心理師、精神保健福祉士等(デイケア)
		院外	・ 大学教員(担任)、就労移行支援・就労継続支援、ケアマネジャー(母親の介護)、障害福祉課、計画相談支援
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 進学後、対人交流ができず授業の選択も困難となり、大学の健康センターに相談。センターの保健医が精神科受診を助言し当院を受診。 ・ 発達障害の疑いもあり知能検査の実施、カウンセリングやデイケアへのつなぎ役として介入。 ・ 支援開始当初は復学を目的に支援したが、復学が叶わず就労支援に移行。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【公認心理師】心理検査。カウンセリング。全体のコーディネート。 ・ 【ケアマネジャー】母親の介護に関して支援体制づくりで協働。 		
CPPの取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心理検査とカウンセリングを通じて、公認心理師が中心となってラポール形成。 ・ 法人内の計画相談・就労移行・就労B事業所へ公認心理師も同行訪問し、障害特性や対処法について具体例を交えて説明し、関係者の関係構築を後押し。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ WAIS より、IQ が 120～130 と高く、言語性も高いが処理速度が下がる。 ・ 心理面接から、非常に声が大きく、文語調である点が特徴。”正しい”言葉遣いが時として人間関係に軋轢を生じさせていたが、患者は理解できていなかった。 ・ 患者は明確なことが守られていないと怒りを感じやすく、曖昧な世界がとても怖く苦手で疲れやすい、はっきりすると安心する傾向があった。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厳密な計画は作成していない。状況に応じた対応が多い。公認心理師が、復学に始まり、就労に向けた道筋を一緒に考えてきた。 ・ 当初は復学を目指し、対人関係の練習のためにデイケアを利用。疲れが出る等の症状から、復学を諦めるタイミングで、患者も前向きに就労に切り替え。 ・ 就労移行支援を実施したが、母親の介護との兼ね合いもあり、最終的に就労継続支援B型事業所への通所を選択。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ カウンセリングを継続。以前は週 1 回、現在は月 2 回実施。5 分だけ近況を話し、その後は趣味を共有しつつフリフレッシュをする時間になっている。 ・ デイケア等で問題行動があった場合、他職種から公認心理師に相談があり、カウンセリングを通じて患者と振り返り。集団生活や現実生活に沿ったカウンセリングを実施。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画相談のモニタリング会議で近況を報告。半年に 1 度参加。 ・ 関係する職員全員に患者の特性等を共有するまでには時間を要した。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅への訪問。 ・ 就労 B への訪問。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 半年に 1 回の計画相談のモニタリング(患者本人も同席)。 ・ 院内のデイケアスタッフ等との情報共有はインフォーマルな形で実施。 	
	支援の結果・転帰	・ 障害年金を取得し、就労継続支援B型事業所に安定して通所。病状も安定。	
効果 CPP 参画	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ カウンセリングは定点観測になる。患者の変化に気が付くことができる点で重要。 ・ 2 週間に 1 回のカウンセリングがあること自体が、患者の安心材料になっていた。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の特性を他職種に伝える。 ・ 心理検査等に基づいて患者個別の特性を説明できる。 	

ケース 20		Jクリニック	公認心理師: 主担当
患者概要	性別・年代	女性、20 歳代	
	診断・状態	複雑性 PTSD	
	ICMSS	1・2・5・10・12・14	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 児童養護施設を卒業後、アパートで一人暮らし。 ・ 義父は服役中、母親とは別居。 ・ 生活保護を受給。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 金銭管理が困難で、借金も抱える。 ・ 通学・通勤もなく、日中は無為自閉に過ごす。 ・ 母親から虐待を受けた過去があるが、母親を訪ねてしまい傷ついて戻ることがたびたび発生。 ・ 義父からの性的虐待。母親は虐待を否定し患者のせいで服役していると主張。 		
支援体制	支援期間	・ 初診から 3 年後(社会福祉協議会との連携開始)～現在も継続中	
	関係職種 ★: 主担当	院内	・ 医師、★公認心理師(2 名)
		院外	・ 生活保護課、社会福祉協議会、生活支援センター、警察、犯罪被害者支援団体
	CPP 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 養護施設卒業のタイミングで当院を受診。 ・ カウンセリングに加え生活支援を目的として、医師から公認心理師へ介入指示。 ・ 中長期的に、トラウマトリートメントにより育て直す必要。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【公認心理師】全体のコーディネーター。カウンセリング。 ・ 【社会福祉協議会】主に金銭管理を担当。担当者が患者の安全基地となる。 ・ 【警察・犯罪被害者支援団体】義父の出所後の対応を含め、相談対応で関与。 		
CPP の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者は境界性パーソナリティ障害のような、支援者を振り回す行動を取っていた。 ・ 公認心理師がケースワーカーを兼務しながら関わりを開始。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 金遣いが荒く、援助交際的なことをしている形跡もみられた。 ・ 公認心理師はお小遣い帳を使った家計簿づくりで介入。患者は来院したりしなかったりし、被虐待児が取る行動が繰り返された。 ・ 家計簿では管理がしきれず、社協の安心サポートネットに支援を依頼。 ・ 社協の担当者に対して複雑性 PTSD やパーソナリティ障害の特性や行動を説明し、支援者がどこまで対応して良いかを助言。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大きなテーマは「育て直し」。真っ当な大人が、真っ当な対応をしていく。支援の枠内でできる限りのことはするが、それ以上のことはできない、だが大事に思っている、ということを経験しながら伝え、時に裏切られながらも支援を続けていく。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最も高頻度の時は、週 1 回、社協・患者・公認心理師の三者で病院で会っていた。 ・ 安心サポートの担当者が母親的な役割を果たし安心材料になったことをきっかけに、当院自体も患者にとっての安全基地として機能するようになり、自律して過ごせるようになっていった。 ・ 3～4 年程前から、公認心理師とは年 1 回程度顔を合わせるぐらいになっている。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 卒業した児童養護施設の職員のインフォーマルな援助。 ・ 引っ越しの際には犯罪被害者防止センターの相談員も参画。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不動産屋に同行。 ・ 警察への住所秘匿の相談へ同行。 ・ 引っ越しの手伝い(生活支援センターの車を借りて、荷造りから運搬まで)。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最も高頻度の際は、週 1 回、社協・患者・公認心理師の三者で病院で会っていた。 ・ 現在は年に 1 回会う程度。 	
	支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・ バイトしたり、好きな人ができたりといった成果はあるが、治療の途上にある。 	
CPP 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待のケースでは、傷を癒しつつも、傷を持ったまま、傷を受容しながら生きていくこととなる。ずっと見守っていくことになり、そうしたケースに慣れている公認心理師が関わった。 ・ 公認心理師も患者の内的ワーキングモデルの一人になっていると思われる。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虐待ケースでは、行動化が頻繁に起こる(例: オーバードーズ、リストカット、不適切な性的行動等)。その都度、状況に応じたギリギリの判断が必要になるため、マネジメント・意思決定は公認心理師が担った。 ・ 緊張や怯えの症状が出る等の虐待を受けた人の心理について、支援者への心理教育を実施した。 	

② 作業療法士の参画ケース

a) 精神科単科病院の事例

ケース 21		K 精神科病院	作業療法士: チーム構成員
患者概要	性別・年代	女性、20 歳代	
	診断・状態	知的障害、不安障害、睡眠障害、うつ状態	
	ICMSS	1・2	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親と二人暮らし。 ・ 専門学校卒業後、無職の期間も挟みつつ短期間で職を転々とする。 ・ 心理検査を通じて知的障害と診断。 ・ 医療福祉サービスの利用なし。 	
支援体制	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対人不安・対人緊張が強く、就労につながっても続かない。 ・ ひきこもった生活で、社会参加への糸口がない状態。 ・ 母親は障害への偏見があり、障害理解・受容ができていない。母親とコミュニケーションはできるが、顔色をうかがい本音や考えを伝えられない状態が長年続く。 ・ 患者は障害者雇用も視野に就労希望があるが、母親が一般雇用にこだわりあり。 	
	支援期間	・ 約 1 年前(外来作業療法の開始)～現在も継続中	
	関係職種 ★: 担当	院内	・ 医師、★精神保健福祉士、作業療法士
		院外	・ 相談支援事業所、就労継続支援 B 型事業所、ハローワーク
OT の取組内容	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者との面談を踏まえ、精神保健福祉士がデイケアや外来作業療法を提案。 ・ 医師より、「居場所づくり」「安心・安全の獲得」を目的に作業療法での介入が指示。 	
	主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【作業療法士】就労支援の担当部署配属。外来作業療法を実施。 ・ 【精神保健福祉士】就労支援の担当部署配属。担当。マネジメントと面談を実施。 	
	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業療法士から積極的に声を掛け、本人の不安の傾聴と環境調整を実施。 ・ 患者は感覚過敏があり音に敏感である。静かな環境を調整。 ・ 相談が難しい患者だったため、困り事や希望を聞き取ることを通じ、作業療法士に相談すれば対処できることを実感してもらう。 <p>※並行して、PSW が、月 1 の面談で把握した患者の希望に即して、ハローワークとの調整と同行して失業保険申請、デイケア見学同行、就労に向けた意思確認等実施。</p>	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当初の目標は、作業療法に通い、病院で時間を過ごすこととした。 ・ 次のステップとして、患者自身が特性(長所短所、能力)を理解すること等を目標として、職業評価の実施。箱づくり法、職業適性検査、BACS-j の 3 検査を実施。 ・ 検査のフィードバックには PSW にも同席してもらい、患者に結果を伝達。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業療法士としては、「自宅以外の居場所が作ること」「安心・安全感を獲得すること」を目標として、週 1 回の個別作業療法を計画。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者と相談のうえ、患者自身が作業内容を選び取り組む。患者の自己決定を重視。 ・ 外来作業療法は 2 時間だが、作業時間への耐久性に問題なし。 ・ 種目は塗り絵から始め、フェルト手芸、編み物、スクラッチアート。編み物が最も長く続き、自宅でも取り組む。 ・ 患者は上手いいかないことに意識が行く。作業療法士から見ると上手いっていることを伝え、成功体験を積み重ねていった。 <p>※PSW は月 1 回患者と面接をし、作業所の見学同行(3 か所)、相談支援事業所との調整等を実施。</p>	
	院内外連携	※基本的に、院外機関とは PSW が連絡調整。	
	アウトリーチ	※PSW がハローワーク同行、デイケア見学同行、作業所見学同行を実施。	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテで情報共有。 ・ 電話での情報共有。 ・ 就労支援室でミーティングを月 1 回実施。 	
	支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来 OT 週 1 回に減らし、就労継続支援 B 型事業所の体験利用を進めている ・ まずは就労継続支援 B 型事業所を利用し長く通えることが重要。その後、様子を見ながら就労移行支援へとステップアップを目指していく。 	
OT 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅以外で安心して過ごせる居場所を提供。作業を媒介に自分のペースで過ごすところから開始できるため、安心できる環境を作りやすかった。 ・ 作業評価により患者の自己理解が深まった。 ・ 患者の自己決定を重視したことが好影響を与えたと思われる。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の特性を踏まえた職業選択についての助言 ・ 環境調整の際の留意点を伝える。 ・ 体験学習能力について、どのような傾向がみられるかを共有。 	

ケース 22		K 精神科病院	作業療法士:チーム構成員
患者概要	性別・年代	女性、30 歳代	
	診断・状態	ヒステリー性運動失調症、てんかん	
	ICMSS	1・2	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 両親、姉と四人暮らし。未婚。 高校卒業後就職するも、数か月で退職。作業所、アルバイト、障害者雇用での勤務経験を経て無職。 幼少期にてんかんと診断され投薬を開始。同時期よりストレスに起因した心因性発作あり。現在は手術を経て、てんかん発作なく経過。心因性発作は持続。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 環境変化により、下肢の脱力がみられ歩行困難となり車椅子を使用。 就労希望はあったが、就労先が見つかるまで日中活動がなく、ひきこもりの状態。自宅以外に居場所がない。 周囲と比べる傾向があり、頑張らないといけないという思い込みが強かった。 不安耐性が低く、些細なことで発作を繰り返す。外出中に倒れて緊急搬送される等が継続。夜間には不安、焦燥、希死念慮が出現する状態。 		
支援体制	支援期間	1 年半前(入院前、就労支援の部署の関与)～現在も継続中	
	関係職種 ★:主担当	院内	医師、★精神保健福祉士、作業療法士
		院外	障害者就業・生活支援センター
	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 医師から「症状の軽減」「安全・安心感の獲得」「発散・気分転換・楽しみづくり」の指示。 退院後すぐの就労は難しく、再発を防止した現実的な就労を目指すため、体力の向上も目的に介入。 患者は楽しい時間とストレス対処法の習得を希望。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【作業療法士】入院作業療法から継続支援。退院後も外来作業療法を中心に担当。 【精神保健福祉士】就労支援の担当部署に配属。主担当。 ※療養生活継続支援加算を算定。		
OT の取組内容	関係構築	—	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 患者自身が特性(長所短所、能力)を理解すること等を目標として、職業評価の実施。箱づくり法、職業適性検査、BACS-j の 3 検査を実施。 適性検査の中で「清掃」が結果として出た。ちょうどハローワークでも清掃の求人が出ており、患者とも共有。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法士としては、「楽しむ時間をもてる」「就労へ向けてストレス対処法について学ぶ」を目標として、週 1 回の個別作業療法を計画。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 外来 OT を約 10 か月間実施。刺し子や編み物に取り組んだ。 障害者雇用の体験利用を開始し、現実的に OT に通う時間が無くなり、7 月に終了。現在は面接のみ継続。 ※PSW は月 1 回の面接、ハローワーク同行、クライシスプラン作成支援を実施。	
	院内外連携	※基本的に、院外機関とは PSW が連絡調整。ハローワーク、障害者就業・生活支援センターとの連絡調整やケア会議の開催等。	
	アウトリーチ	※PSW が職場訪問。	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテで情報共有。 電話での情報共有。 就労支援室でミーティングを月 1 回実施。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> 障害者雇用がスタートし、就労を継続できている。 一方で、現在も波はあるようで、面談の際にやりすぎてしまったり困っているのに言えなかったり、まだ不安定ではある。引き続き面談等を通じて支援は継続していく。 就労パスポートを作成し、精神保健福祉士がその情報を持って障害者雇用の管理監督者に共有している。 		
効果 OT 参画	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> 箱づくり法や BACS を踏まえて患者本人の自己理解が深まった。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 本人の特性を踏まえた職業選択についての助言。 	

ケース 23		L 精神科病院	作業療法士: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、60 歳代	
	診断・状態	統合失調症	
	ICMSS	2・3・6・7・8・9・10・11・12・14・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親と二人暮らし。母親の認知機能が低下。 ・ 近所に妹が暮らしているが、度重なる入退院や近隣トラブル等により不仲、患者が自宅で暮らすことも敬遠。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 30 代で発症し、措置入院も含め入退院を繰り返す。 ・ 思考のまとまりがなく、意思疎通が苦手。 ・ 支援が必要にもかかわらず、相談や助けを求められない。 ・ 器物破損や暴言等の近隣トラブル、地域内の奇異行動等により地域住民から自宅生活への反対の声も聞かれた。 ・ 母親は高齢になり認知機能も低下し一人で患者を支えることは難しいが、できれば一緒に暮らすことを希望。 		
	支援期間	・ 2 年前(退院後)～現在も継続中	
支援体制	関係職種 ★: 主担当	院内	・ 医師、★作業療法士、精神保健福祉士、看護師
		院外	・ 相談支援事業所、母親のケアマネジャー、保健所、包括支援センター
	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 以前より、作業療法で患者に関与し、特性を評価・把握していた。 ・ 医師の指示の下、医療を継続しつつ、地域への定着を目的に支援。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【医師】定期的な診察、薬剤調整(薬剤を変更すると服薬拒否となることから、十分な説明と本人の状態に応じた対応)訪問やケア会議の情報を診察時に活用。 ・ 【作業療法士】全体マネジメント。地域の相談員と連携しながら、地域の支援者との連携・調整。看護師とともに訪問看護に入り直接支援。 ・ 【相談支援事業所】障害福祉サービスを導入するためのケアプランを作成。 		
OT の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時からの関係性を活かし、趣味の話や体を動かすところから患者と話すきっかけを作り関係を構築。 ・ 患者の特性を他の支援者と共有し、患者と支援者の顔合わせを仲介。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICF に基づき総合的な評価を実施。 ・ 雑談も含めながら、患者の生活に関する希望を把握し、スモールステップでどうするか相談。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者とクライシスプランを作成。それを基準に生活に関する話し合いをした。 ・ クライシスプランはチームで共有し、具体的に役割を分担(服薬管理、金銭面等)。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師とともに訪問看護に入り、生活状態の確認と生活指導、金銭管理、服薬支援等の生活全般の支援。金銭管理は、部屋に山のように積まれた、本人の医療に関わる書類や支払いに関する請求書などを整理することから一緒に実施。 ・ 患者と繰り返し話し合い、クライシスプランをブラッシュアップ。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護の度に看護師と評価や状態のすり合わせをしていた。 ・ 精神保健福祉士にも訪問の都度、状況を共有。 ・ 支援者同士の認識の共有を促進。 	
	アウトリーチ	看護師とともに訪問看護に入り、生活状態の確認と生活指導、金銭管理、服薬支援等の生活全般の支援。(再掲)	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケア会議: 月 1 回 ・ 支援者のみの会議: 1~2 か月に 1 回 	
支援の結果・転帰		・ 通常は 1 年経たずに入院していた患者が、2~3 年地域生活を継続できている。	
OT 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的な面接を踏まえて、アセスメント結果を他の支援者と共有することで、患者本人の歩幅と合った支援ができた。 ・ 作業療法士は、医療と福祉の知識があるため、両方の知識を活用し、患者の生活を評価して支えることが可能。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合的な視点で評価し、周囲の支援者に伝えることで、どういった支援が必要かを周知。 ・ ケア会議や支援者会議などの設定やチームへの声掛け等において、作業療法士の強みが活かされた。 	

ケース 24		L 精神科病院	作業療法士:チーム構成員
患者概要	性別・年代	男性、30 歳代	
	診断・状態	適応障害、中度の精神発達遅滞	
	ICMSS	2・3・4・10・12・14	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> グループホームで生活。 家族はいるが保護者としては能力的に厳しい。 金銭管理、服薬管理等は世話人からの支援を受ける。 生活保護を受給。 相談支援事業所が介入。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 楽観的で調子に乗る傾向。 中学卒業後、職を転々としていた。 金銭管理に疎く、その日暮らし、人にたかる等していた。 性的逸脱もあり、女性関係や人間関係、職場関係でトラブルが絶えない。 入退院を 1 年のうちに何度も繰り返す。 		
支援体制	支援期間	3 年前～現在も継続中	
	関係職種 ★: 主担当	院内	医師、作業療法士、精神保健福祉士、看護師
		院外	★相談支援事業所、ケアマネジャー、就労継続支援 B 型事業所、グループホーム
	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業所から作業療法士に支援依頼があった。 医療の支援も継続するため、多職種の関与が望ましいと医師が判断し、作業療法士も介入開始。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【作業療法士】精神保健福祉士との連絡調整。訪問看護での作業療法。生活指導や生活不安への対応等、生活支援全般。 【相談支援事業所】ケアプランの作成。作業療法士や精神保健福祉士との情報共有。主担当。 		
OT の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業所がケア会議を開催し、作業療法士は本人の情報を持つ医療関係者として参加。 患者との距離感やコミュニケーションの取り方を調整し関係を構築。 入院時から関わっているため、チームに対して患者の人柄を踏まえて関係構築のポイントを助言。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 中等度の精神発達遅滞はあるものの、明確な指示を出し、工程を区切れば就労も可能と判断。 成育歴等から精神状態の浮き沈みが激しく、ある程度支援者がアドバイスをしていく必要があると判断。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護を 2 週間に 1 回実施し、一定期間繰り返して定期的な評価を行った後、徐々に回数を減らしていくこととした。 訪問しながらスモールステップで方針を立て、状態を見て方針を修正しながら適宜対応。外来での情報も入れながら、今後の方針について患者と相談。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 患者との付き合い方について、他の支援者に助言。 訪問看護を通じて、生活指導や生活不安への対応、不調時の対応の指導を実施。その中で、頓服の使い方も含めた服薬指導等を実施。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業所の情報については精神保健福祉士を経由して共有。 グループホームの世話人と生活状況について情報共有。 	
	アウトリーチ	訪問看護(2 週間に 1 回)。	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> 退院直後と退院半年後にケア会議を開催。 それ以外は都度支援者間で情報共有。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> グループホームで生活し始めて 3 か月後から、就労継続支援 B 型事業所に通い始め、1 年以上継続している。 週 5 日の就労継続支援 B 型事業所通所の息抜きとして週 1 回デイケアを利用。 1 年半入院せずに済んでいる。 		
効果 OT 参画	患者への効果	患者の特性や症状の波を理解し、入院の要・不要を判断したことで、グループホームでの生活を継続できている	
	チーム・他職種への効果	患者の特性を評価・理解していた作業療法士により、支援が円滑に進み、患者の意向を確認しやすくなった。	

ケース 25		M 精神科病院	作業療法士: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、30 歳代	
	診断・状態	うつ病	
	ICMSS	1・10・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 父親と二人暮らし。 ・ 父親は要介護 3 で病気を患う。父親の介護のために退職し実家に戻る。 ・ 生活困窮者自立支援事業を利用。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 息抜きが上手くできず、活動・仕事と休息のバランスが悪い。 ・ 父親の介護や体調不良で数年間仕事を辞めており、体力が落ちていた。 ・ 体調・疾患・障害の自己理解に向けた情報収集や準備が必要。 	
支援体制	支援期間	・ 1 年前に退院～現在まで継続中	
	関係職種 ★: 主担当	院内	・ ★作業療法士、看護師、精神保健福祉士、公認心理師
		院外	・ 社会福祉協議会(生活困窮者自立支援制度)
	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師よりデイケアと訪問看護の利用の指示箋が出され、多職種での支援を開始。 ・ 患者が就労意欲を強く持っており、就労支援チームのリーダーを務め、就労プログラムの運営も担っていた作業療法士が介入。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【作業療法士】患者との面談。アセスメント。支援計画の作成。全体マネジメント。 ・ 【看護師】デイケアでの活動・休息をアセスメント。 ・ 【精神保健福祉士】障害年金の受給等の制度利用。父親の介護に関する調整。 ・ 【公認心理師】息抜きが困難な背景等をコンサルテーション。 ・ 【社会福祉協議会】自宅への訪問。患者の状態確認。面談等。 		
OT の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイケアの枠組みが安全・安心の場であることを患者に理解してもらう。 ・ 作業療法士としてどのような作業をどのように行っているかに注目。 ・ 仕事をしていた時は頑張りすぎてつぶれてしまったとの話があり、プログラムの負荷を確認し、頑張りすぎたかどうか患者と話し合いながら関係構築。 ・ 会話を通じて、患者自身が活動量や自分の疲労をメタ的に捉えられるよう留意。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者は対人交流スキルが高く、気を遣いすぎて疲れてしまう部分もあった。 ・ プログラムでの活動について振り返りながら、仕事ではどのようなところでつまづいたり疲弊していたかという点を掘り下げ、どこを直していくかについてアセスメントを実施。また、自分が我慢すればよいという考え方の癖があり、その点にも注目。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師、PSW、公認心理師のアセスメントを集約し、主担当が患者と一対一の場面で支援計画を作成。 ・ 初期の計画は、活動と休息の良いバランスをみつけてもらうことを重視。その後、回復が目に見えて分かってきた段階で仕事に意識を向けていった。後期は、就労に向けたより具体的な個別プログラムが必要と考えた 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援開始初期は、プログラムの時間は活動、それ以外の時間は息抜き、という区別を意識して支援。 ・ デイケアの場に慣れてきた段階で、運動やトレーニング系のプログラムを導入。 ・ 中期以降は、集団の活動場面とは別に、作業療法士がマンツーマンで個別での関わりを継続。患者の職業観や適性を評価しながら、模擬面接等の就労に向けた支援をオーダーメイドで実施。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社協の担当者、患者、作業療法士の三人で連携。社協の担当者も患者の就労意向を把握しており、ケア会議を開催し就労に向けて役割分担。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ なし ※社協の担当者が、ハローワークや企業との面接に同行。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケア会議は社協の担当者に病院に来てもらい、患者と三人で実施。 ・ ケア会議は 3 か月に 1 回の頻度で開催。会議では役割分担を相談した。患者も、状況を報告するという役割を担っていた。 	
支援の結果・転帰		<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援者から見ても驚くほどのスピードで回復。 ・ 仕事はトライアル期間を終え正規雇用に至り、8～9 か月は継続して勤務。 ・ 現在は 4 週に 1 回の受診し、デイケアまたはショートケアを利用。 	
効果 OT 参画	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労支援については、作業療法士が専門性を有し患者のニーズに応えられる。 ・ 個別プログラムを作成し、患者の困り事や不安事への対処法や解決策を提示した。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ チーム全体で、身体面・精神面・社会的側面で総合的に支援できた。 ・ 患者の身体面の評価結果から、職業選択のあり方を他職種にも共有。 	

b) クリニックの事例

ケース 26		N クリニック	作業療法士: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、50 歳代	
	診断・状態	統合失調症	
	ICMSS	1・2・12・14	
生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親、弟 2 名との四人暮らし。無職。 ・ 5 年程前に統合失調症と診断されてから定期的に通院。デイケアに断続的に参加。 ・ 障害福祉サービスの利用なし。 		
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 弟 2 名から日常的に暴言を吐かれている。 ・ 患者は生活能力がなく、生活は弟が仕切っていた。 ・ 弟がいる日中は起きず、夕方以降に起床する生活が継続。 ・ 昼夜逆転のため、日中過ごす居場所がない。 ・ マニュアル等があれば家事や金銭管理等も可能だが、サポートが必須。 	
支援体制	支援期間	・ 7 年前～現在も継続中	
	関係職種 ★: 主担当	院内	・ 医師、★作業療法士(デイケア)、精神保健福祉士、看護師、作業療法士(訪問看護ステーション)
		院外	・ 就労継続支援 B 型事業所
	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が一人暮らしを決意したことを受け、心理的・物理的サポート体制を敷くため、医師より多職種での会議の場におオーダーが出され、多職種チームが組成。 ・ デイケアや外来診療での担当として長年関与していたため主担当として介入。 ・ 面談を通じて一人暮らしを推奨、患者の意思を確認。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【医師】患者の身体面精神面の訴え、不安を受け止め対応。 ・ 【作業療法士(デイケア所属)】患者ニーズの把握。障害福祉サービスとの連絡調整。一人暮らしのアパート探し・契約の支援。全体のマネジメント。 ・ 【精神保健福祉士】ヘルパーや生活保護の導入調整。 ・ 【看護師】患者の体調管理、生活の困り事等への対応。 		
OT の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業療法士主導でケア会議を開催し患者も参加。患者のニーズをまとめ、他職種にも理解してもらおう場を設置。 ・ 必要に応じて患者の特性を他職種にも伝え、相互理解を促進。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各チームメンバーから情報を集約し、作業療法士が中心にアセスメント。 ・ 心身の状態、生活で何に困っているかの細かいアセスメントは作業療法士の強み。 ・ 患者とチームメンバーの会議をもち、日々の対応についても共有。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厳密な計画は作成しておらず、その都度起こることに対応。 ・ 当初は毎週訪問。ある程度落ち着いた頃に作業療法士が主導して話し合いの場を設け、訪問頻度を議論。 ・ 各支援者が一堂には介さなくとも、他職種への声掛けや意見聴取は常に実施。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2 週間に 1 回は誰かが訪問し、その際の情報を共有している。 ・ 就労継続支援 B 型事業所の見学に同行。4 年前から B 型に通所開始。 ・ その後は、本格的に一人暮らしに向けた支援を開始。 ・ 一人暮らし後は、生活上生じる問題に都度対応。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問の都度、他職種と情報共有。 ・ 就労継続支援 B 型事業所スタッフとの調整。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労継続支援 B 型事業所への見学同行(多職種チーム編成前から実施) ・ 不動産会社への同行。 ・ 自宅への訪問看護。週 1 回から 2 週間に 1 回となり現在も継続。 ・ 就労継続支援 B 型事業所へ PSW と訪問。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケア会議は本人に問題が生じた際に開催。これまでに 2 回ほど実施。 ・ LINEWORKS でグループをつくり、情報を共有、意見の交換。 ・ 随時カンファレンスを開催。 	
支援の結果・転帰		<ul style="list-style-type: none"> ・ GAF は 45 から 55 に改善。 ・ 週 2～3 日は就労継続支援 B 型事業所へ通所。週 1 日はヘルパー利用、2 週間に 1 日は訪問看護。安定して生活できている。居宅介護のヘルパーを週 1 回利用。 	
OT 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会経験が少ない患者の将来像を描く支援をし、社会資源とつなげた。 ・ こまめに不安を拾いつつ、やる気が出るような声掛け。 ・ 一人暮らしに対する不安へも対応。 ・ 医療と生活を上手くつなぐ。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活能力がほぼゼロだったため、何ができて何ができないのかをアセスメントし、チームで共有。 	

ケース 27		N クリニック	作業療法士:チーム構成員
患者概要	性別・年代	男性、40 歳代	
	診断・状態	統合失調症	
	ICMSS	1・2・10・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親と二人暮らし。母親は呼吸器の疾患を持ち、常時酸素吸入が必要。 ・ 発病後は、ひきこもりがちな生活で家族以外の対人関係はほぼなし。 ・ 週 2 回のデイケアを利用。 ・ 障害福祉サービスの利用なし。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自我障害・対人不安が強く、自身の考えが漏れているという症状があるため、対人関係を回避する生活を送る。 		
支援体制	支援期間	・ 3 年前～現在も継続中	
	関係職種 ★:主担当	院内	・ 医師、★精神保健福祉士、作業療法士
		院外	・ 就労継続支援 B 型事業所
	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健福祉士が日中の活動場所が必要と提案しデイケアを導入。作業療法士の介入につながる。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【医師】体調に合わせた服薬処方。対応方針の決定。 ・ 【作業療法士】就労支援プログラムの提供。就労継続支援 B 型事業所へのコーディネート。直接支援。 ・ 【精神保健福祉士】医師や作業療法士との連絡調整。 		
OT の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 周囲の人に自分の考えが漏れているとの自覚症状が強かったため、患者が無理なくデイケアへ来られるようなプログラムを提案し信頼関係を構築。 ・ 患者がつかまらないよう、話をする時間を短くし、事実を聞くことを意識。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労希望を踏まえ、作業能力を測るために、デイケアプログラム内で作業能力、対人関係能力、集中力などを観察し評価。 ・ アセスメント結果は PSW や看護師に共有したほか、医師には電子カルテで共有。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ もともと支援計画として、将来的に就労継続支援 B 型事業所も良いと話していた。 ・ 患者が希望する就労時期や、それまでの進め方は、患者と話し合いながら、デイケアの様子を見ながら計画。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ PSW は必要がある時に主に関与し、それ以外はデイケアが直接支援を主導。 ・ 主に、定期的な面接やデイケアプログラムの調整、プログラム内での支持的な関わりを実施。 ・ 最初は一人きりの部屋を活用して作業。慣れてきた頃に就労継続支援 B 型事業所への就労を見据え、練習を兼ねてお菓子作りのプログラムへ変更。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要所所で PSW に状況を報告。 ・ 就労継続支援 B 型事業所との連携は作業療法士が実施。通所頻度の変更も作業療法士が就労継続支援 B 型事業所スタッフと調整。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労継続支援 B 型事業所は、最初につなぐ時に同行。 ・ 調子を崩し自殺を図った際、作業療法士・PSW・就労継続支援 B 型事業所スタッフの 3 名で自宅訪問。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 随時、医師や精神保健福祉士に申し送り。やり取りは頻繁。 	
支援の結果・転帰		<ul style="list-style-type: none"> ・ GAF が 45→60 へと変化。 ・ 就労継続支援 B 型事業所に週 3 日通所できている。 ・ デイケアも週 2 日來ている。 	
OT 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の状態に応じた作業を提供し、安定的なデイケア通所、ひいては就労継続支援 B 型事業所へとつながった。 ・ 患者の意向を受容してから関わりを進めていくスタイルが有効だった。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイケアでの様子観察と申し送りにより、就労継続支援 B 型事業所へのタイムリーな移行ができた。 ・ 段階的にプログラムを導入していった。 	

ケース 28		○ クリニック	作業療法士: 主担当
患者概要	性別・年代	女性、40 歳代	
	診断・状態	統合失調症	
	ICMSS	1・2・12	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らし。父親は別に暮らしている。 後見人を利用。 訪問看護(週 3 回)、障害福祉サービスでショートステイ、ヘルパー(家事援助・週 1 回 1 時間)、薬剤師の訪問(月 1 回)、外来通院(月 1 回)を利用。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 金銭管理ができない。 病状が強くなると服薬をしない。 病状が悪くなって入退院を繰り返す。 父親と共依存関係にあり、双方に暴力あり。 		
支援体制	支援期間	<ul style="list-style-type: none"> 退院～現在まで継続中 約 17 年間、現任の作業療法士は、前任の退職・相談支援導入時から約 9 年介入。 	
	関係職種 ★: 主担当	院内	医師、★作業療法士、看護師、保健師、精神保健福祉士
		院外	薬剤師、ヘルパー(居宅介護支援)、後見人
	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 患者が一人暮らしを目指し、障害福祉サービスを導入するタイミングで前任の作業療法士から引き継ぎ。 生活スキルの評価と習得、必要な支援の検討を目的に介入。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【作業療法士】地域サービスや医療福祉サービスのマネジメント。訪問看護。身体・健康面の管理。プログラムの提供。 【後見人】金銭管理とそれに伴う諸手続き。 【薬剤師】精神科、泌尿器科、呼吸器内科等の薬全般の管理。 		
OT の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> チームとしてストレングスアセスメントをベースにし、患者が好きなことや興味のあること、強みからコミュニケーション。 医療者としての関わりは控え、信頼してもらうことを第一にした。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ストレングスアセスメントをベースにチームで情報共有。毎日のミーティングやカンファレンスを通じて口頭で情報共有。 作業療法士としては、作業工程や日常生活の特徴を多角的に分析。 相談支援で使用するアセスメントシートに沿って評価を実施。 タイミングを見て患者に丁寧にアセスメント結果を伝え、一緒にやろうと誘う。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 障害福祉サービスを使うための支援計画書を作成し、チーム・患者へ共有。 ACT 対象者としてリカバリープラン、クライシスプランを作成。チーム・患者へ共有。 チームの意見を集約し作業療法士がプランのたたき台を作成。その後患者と一緒に言葉一つ一つまで確認して患者が納得するプランに作り上げる。 意見を集約していくため、職種の専門性を発揮するという意識は少ない。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 買い物などの外出支援、余暇支援、ダイエットと一緒に運動する、薬剤師も含め薬を飲んでいるかの確認、体調面の変化の確認、片付けが苦手なため一緒に掃除や片付けなどを実施。 職種に縛られず同様の支援を実施するが、職種によって見ている点異なるため多職種で支援することが望ましい。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> 院外の薬剤師との調整。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> 自宅に週 3 回訪問看護(連携している訪問看護ステーションが 2 回、当院が 1 回)。 作業療法士・看護師は地域定着支援(障害福祉サービス)の枠組みで訪問。 院外の薬剤師が月 1 回訪問。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護・薬剤師・当院の合同カンファレンスを月 1 回開催。 ケア会議は半年に 1 回、年 1 回は必ず実施。チーム構成のメンバーと患者が参加。 打合せはほぼ毎日実施。 	
	支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らしができた。 再発しなくなった。 	
OT 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> 患者の大きな夢や目標に沿って、必要なことを分析・提案する。 患者自身ができないと思っていたことが色々できるようになった。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 当初は一人暮らしは無理だろうという評価を多くの支援者がしていた。作業療法士が生活能力全般を評価したところ、想定よりも能力が高いことが分かり、支援が展開していった。 	

ケース 29		○ クリニック	作業療法士: チーム構成員
患者概要	性別・年代	男性、60 歳代	
	診断・状態	統合失調症	
	ICMSS	1・2・3・4・6・7・12	
生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らし。家族は市外で生活。 訪問看護(週 3 回)、ヘルパー(家事援助・週 5 回)、薬剤師(2 週に 1 回)、地域定着支援を利用。 		
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> 障害支援区分 6 で病状が非常に重たい。 一人暮らしをしているが、生活全般を自力ではできない。 昼夜が逆転し、夜に妄想・幻聴がある。 外出時に道路に倒れ、救急車を呼ばれる、通報されることがたびたびある。 	
支援体制	支援期間	・ 転院～現在も継続中(約 17～18 年、作業療法士は約 10 年前から介入)	
	関係職種 ★: 主担当	院内	・ 医師、作業療法士、看護師、保健師、★精神保健福祉士
		院外	・ 薬剤師、ヘルパー(居宅介護支援)
	OT 介入経緯 主な介入目的	・ 体感幻覚の症状により、体が思うように動かせない患者に対する支援方法を考えることを目的に介入。	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【作業療法士】身体・健康面の管理。運動に関するプログラムの提供。 【精神保健福祉士】院内外の連絡調整や支援計画作成等のマネジメント。 【看護師・保健師】身体面・健康面の管理。 		
OT の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法士は途中から参画。既にチームとの関係はできていた。 ストレングスアセスメントを使い、患者の強みやできることから関係を構築。 患者の意見を尊重し、プライドを傷つけないように丁寧に関係を構築。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 病状を踏まえストレングスアセスメントでまとめた。 ※PSW が将来の希望や展望、経済面、環境面を含め広くアセスメントし意見を集約。 作業療法士は、体の動きや日常生活で不自由な点にフォーカスしアセスメント。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ※ACT 対象者としてリカバリープラン、クライシスプランを PSW が意見集約して作成。将来ビジョンを大事にしていた。 作業療法士は、支援につなげるための具体的な点を詰めていった。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 外出支援に始まり、食事の用意や金銭管理、入浴支援等、日常生活の直接支援を、チームの中の誰かが実施している状態を維持。 基本的に作業療法士も他職種と同じことをするが、例えばチームが問題視していた食べこぼしについて、作業療法士であれば作業工程を分析して原因を把握して支援するなど、職種により見方が異なる。 できないと患者自身もストレスが溜まるため、上手くいっていること・楽しいことをコミュニケーションの中に取り入れるように意識。 	
	院内外連携	※PSW が院外との調整	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> 自宅へ訪問(訪問看護)し、身体介護を伴う日常生活の支援。 受診同行。 その他外出の同行。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> カンファレンスは月 1 回。 ケア会議は 2～3 か月に 1 回は開催。 打合せはほぼ毎日実施。 	
支援の結果・転帰		・ 重度の方だが、入院せずに地域生活を継続できている。	
OT 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> 患者ができることを作業療法士が評価したことにより、患者が望む地域生活を長く続けられている。 患者の持っている機能・患者本人のできる力を活かして生活ができている。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> 患者がどの程度自分の力で体を動かせるか、どの程度自力で生活できるかを評価し、支援に落とし込んでもらう。 作業療法士が身体の機能面から介助の要・不要を判断し、他職種に助言。 チームメンバーがそれぞれの専門性を互いに尊重し、コミュニケーションを密に取りながら取り組んでいる。不足している点はお互いに補い合う。チームワークが高ければ、各職種の専門性も活き、チームとしての支援能力も向上する。 	

ケース 30		P クリニック	作業療法士: 主担当
患者概要	性別・年代	男性、60 歳代	
	診断・状態	統合失調症	
	ICMSS	1・2・3・4・7・10・12・15	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 父親と二人暮らし。父親は癌を患っている。主に世話を担っていた母親は他界。 ・ 高校卒業後に上京し就労している間に発症。ホームレス等を経て実家に戻る。 ・ 病状も悪く仕事は困難であり、ひきこもりの生活。 ・ 医療福祉サービスの利用なし。 	
	生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者本人に病識がなく、医療へのつながりが乏しい。 ・ 患者本人に困り感はなく、家族が困っている。 ・ 父親とは折り合いが悪く、同居しても口をほとんど聞いていない。 ・ 目がよく見えておらず、日常生活を一人でやるのが困難。 	
支援体制	支援期間	・ 3 年前～現在まで継続中	
	関係職種 ★: 主担当	院内	・ 医師、★作業療法士(2 名)、看護師、精神保健福祉士
		院外	・ ケアマネジャー、グループホーム、市役所
	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢の父親は病気もあり世話が難しく、患者からの一人暮らしのニーズもあり。 ・ 患者の妄想による症状を踏まえ、男性スタッフが望ましいと判断。 ・ 主に男性スタッフ 2 名(作業療法士、精神保健福祉士)が介入する体制を取る。 	
	主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 【作業療法士】生活支援全般。同行支援。院外関係機関との連絡調整。 ・ 【看護師・精神保健福祉士】生活支援全般。 	
OT の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療という面は極力表に出さず、生活全般の手伝いという形で導入を進めた。 ・ 本人の性格を把握し、どのような役割であれば本人が支援を受け入れやすいかを見極めた。(契約前の 2～3 か月で 10 回程度訪問) ・ 困り事や過去の就労経験等を聞き取り、どのような生活を望んでいるかアセスメントしながら、本人の希望と訪問支援の落としどころを探った。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ ストレングスアセスメントを基本に、本人の希望に沿った形でできる支援を模索。 ・ 過去の就労経験や現在の生活の様子、今後の希望等を確認しながらアセスメント。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の特性に合わせて、主担当が中心となり支援計画を立案。患者に理解してもらいやすいよう説明し納得してもらう。 ・ 住居についてはグループホームへの入居を目指すこととした。 ・ 経済的な問題については、生活保護を利用することとした。 ・ 生活の安定のために、日用品等を揃えたり、日々の買い物の支援を行うこととした。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業療法士と精神保健福祉士で概ね半々で役割分担をし、週 2 回の訪問。 ・ 訪問での具体的な支援としては、各種の手続きを一緒に行い、買い物に同行し、日常的な困り事の対処を一緒に行っていた。 	
	院内外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ グループホームスタッフとの連絡調整。 ・ 市役所との連絡調整。 	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅へ訪問し契約に向けての関係作りとアセスメント。 ・ 支援に関する同意を得るための関係作りや訪問診療同行。 ・ 単身生活に向けての住居探し、見学同行、ケアマネジャーとの調整、計画相談。 ・ 定期訪問による生活の確認と買い物支援、経済的な基盤確立のための支援(市役所同行、通帳を一緒に作る、ATM を一緒に操作する等)。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ・ ACT に準じ毎朝全ケースレビュー。 ・ 変化・クライシス等があれば必要に応じて打合せを実施。 ・ グループホームとの連絡は必要に応じて都度情報交換。 	
	支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用前にみられた問題行動や路上での生活が無くなり、安定して生活できている。 ・ 本人も現在の生活には概ね満足している。 	
OT 参画効果	患者への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業療法士は、特に生活面(ADL から職業まで)に関して、一人の人間として患者を評価し生活を支援できる。 	
	チーム・他職種への効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ ストレングスアセスメントや生活者という視点で関わるができる点で、作業療法士の ACT やアウトリーチに親和性は高い。 ・ 職種に関係なく本人の生活やパーソナリティを尊重した支援を行う。職種の違いを業務上意識したことはあまりない。 	

ケース 31		P クリニック	作業療法士:チーム構成員
患者概要	性別・年代	男性、50 歳代	
	診断・状態	統合失調症、自閉症	
	ICMSS	1・2・3・14	
	生活環境	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らし。家族は遠方におり疎遠。 生活保護を受給。 ヘルパー、生活介護の通所(週1回)を利用。 	
生活課題	<ul style="list-style-type: none"> ひきこもりの生活を送り、来院・受診も困難。 身体介護が必要な状況まで悪化し、介助なしの外出・生活が困難。 糖尿病を患い、肥満も含め健康管理が必要。 家賃滞納があり、金銭管理に課題。 		
支援体制	支援期間	10 年前～現在まで継続中	
	関係職種 ★:主担当	院内	医師、★作業療法士(2名)、看護師、精神保健福祉士
		院外	ケアマネジャー、ヘルパー、生活介護
	OT 介入経緯 主な介入目的	<ul style="list-style-type: none"> 廃用性機能障害といえる症状に対する身体的な介助と生活支援を目的に介入。 	
主要チームメンバーの主な役割	<ul style="list-style-type: none"> 【作業療法士】生活支援全般のほか、身体面での介助を担当。 【生活介護】通所が困難になって以後の送迎支援。 		
OT の取組内容	関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 自閉傾向が強く、当初は患者本人のプライドを尊重するような関わりをした。関係ができるまでは、かなり気を遣いながら接していた。 患者が好きなアニメやゲームの話題をきっかけに関係づくりを進めた。 	
	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 現在の住居に引っ越し後、近隣との関係悪化によるストレスで病状が悪化し入院。 入院したことで、全く動かなくなり、退院時には廃用性障害が進み、階段の上り下りも一苦勞で、風呂も入れず、おしりもふけない。 	
	支援計画	<ul style="list-style-type: none"> 身体的な介助であり、ヘルパーや生活介護を入れることとなった。 主担当のOTが、ヘルパーや生活介護との調整を実施。 	
	直接支援	<ul style="list-style-type: none"> 退院後当初は週5回訪問していた。現在は週3回の訪問看護に加えて障害福祉サービスも入れている。 訪問看護は、チームメンバーの4名が順番に訪問する。日々の支援は主担当・メンバー同じような内容の支援を行っている。 訪問看護を通じて支援者が介入することに慣れていき、徐々にヘルパーを入れることや生活介護に通うことが可能に。 市の健康運動指導士と連携して一緒に訪問し、運動指導を実施。 	
	院内外連携	※主担当の別の作業療法士がヘルパー、生活介護、市役所と連絡調整。	
	アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> 自宅訪問。 障害福祉サービスへの同行。 大家や階下の入居者との調整(何かあると階下の入居者から当院に連絡が入るように調整)。 受診同行。 買い物等の外出支援をしている(現在はヘルパーも買い物支援を実施)。 	
	会議・打合せ等	<ul style="list-style-type: none"> ケア会議を実施。患者本人のほか、ケアマネジャー、ヘルパーも参加。当院からは1～2名参加。過去10年で2回ほど実施。 ACTに準じ院内の毎朝の全ケースレビュー。 本人宅に置いてある連絡ノートでの申し送り。 	
支援の結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> 当院の介入がなければ入院が続いているはずだが、地域生活を継続できている。 現在はグループホーム等いずれか施設への入所を検討している。 		
効果 OT 参画	患者への効果	運動機能面の評価、訓練、改善が進んだ。	
	チーム・他職種への効果	運動機能面では作業療法士のアセスメント・直接支援が重要だった。	

2 アンケート調査票(公認心理師向け)

(1) 施設票

令和6年度障害者総合福祉推進事業「包括的支援マネジメントにおける多職種連携促進のための調査」

この施設票は、貴医療機関の概要と患者数の動向についてお伺いするものです。
公認心理師の方にご回答をお願いしておりますが、他職種や事務系職種の方にご協力・ご回答いただいても結構です。
特に断りがない場合を除き、**2024年9月末時点**の状況をご回答ください。

- ★回答方法
- | | |
|------|---|
| 単一回答 | …選択肢(四角枠)の右上にあるプルダウンから当てはまる回答の番号を一つお選びください。 |
| 複数回答 | …当てはまる選択肢について、プルダウンから「○」をお選びください。 |
| 数値記入 | …数値をご記入ください。 |
| 自由記述 | …文章をご記入ください。 |

I 施設概要

(1) 機関種別(一つだけ選ぶ)

1 総合病院 ※1	<input type="text"/>
2 精神科病院 ※2	
3 診療所(クリニック)	

※1 総合病院:精神科を有する一般病院や特定機能病院

※2 精神科病院:精神病床のみを有する病院。精神科のほか、内科等一般科を標榜する場合も含む

(2) 貴医療機関の法人・法人グループが行っている事業・部門(当てはまるものすべてに○)

【①医療】	【②福祉】
<input type="checkbox"/> 1 地域連携室・医療福祉相談室等	<input type="checkbox"/> 1 計画相談支援
<input type="checkbox"/> 2 心理療法科・臨床心理室	<input type="checkbox"/> 2 地域移行支援
<input type="checkbox"/> 3 作業療法科・精神科リハビリ室	<input type="checkbox"/> 3 地域定着支援
<input type="checkbox"/> 4 精神科デイケア	<input type="checkbox"/> 4 市町村等による委託相談
<input type="checkbox"/> 5 医療機関内の訪問看護部門	<input type="checkbox"/> 5 就労継続支援A型・B型
<input type="checkbox"/> 6 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 6 就労移行支援
<input type="checkbox"/> 7 精神科のサテライトクリニック	<input type="checkbox"/> 7 生活介護
<input type="checkbox"/> 8 精神科以外	<input type="checkbox"/> 8 共同生活援助(グループホーム)
<input type="checkbox"/> 9 その他	<input type="checkbox"/> 9 自立生活援助
	<input type="checkbox"/> 10 居宅介護
	<input type="checkbox"/> 11 自立訓練(生活訓練)宿泊型
	<input type="checkbox"/> 12 自立訓練(生活訓練)通所型
	<input type="checkbox"/> 13 地域活動支援センター
	<input type="checkbox"/> 14 その他

(3) 地域連携・多機関連携の担当部署(当てはまるものすべてに○)

<input type="checkbox"/> 1 精神科外来	
<input type="checkbox"/> 2 地域連携室・医療福祉相談室等	
<input type="checkbox"/> 3 心理療法科・臨床心理室	
<input type="checkbox"/> 4 作業療法科・精神科リハビリ室	
<input type="checkbox"/> 5 精神科デイケア	
<input type="checkbox"/> 6 医療機関内の訪問看護部門	
<input type="checkbox"/> 7 訪問看護ステーション	
<input type="checkbox"/> 8 その他(下記に記入)	<input type="text"/>

(4) 病床数(①と②それぞれ一つだけ選ぶ。「1あり」の場合は数値記入)

①一般病床	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(<input type="text"/>) 床</td> <td></td> </tr> </table>	1 あり	2 なし	↓		(<input type="text"/>) 床		<input type="text"/>
1 あり	2 なし							
↓								
(<input type="text"/>) 床								
②精神科病床	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(<input type="text"/>) 床</td> <td></td> </tr> </table>	1 あり	2 なし	↓		(<input type="text"/>) 床		<input type="text"/>
1 あり	2 なし							
↓								
(<input type="text"/>) 床								

(5)職員数(数値記入)

※資格保持者ではなく、各職種として業務に当たっている方の実人数をお答えください。

※医療機関全体の職員数ではなく、精神科に関わる各職種の人数をお答えください。

看護師	常勤	()	人	非常勤	()	人
精神保健福祉士	常勤	()	人	非常勤	()	人
公認心理師	常勤	()	人	非常勤	()	人
作業療法士	常勤	()	人	非常勤	()	人

II 外来・地域支援患者の概要

(6)患者数の動向(数値記入)

		2023年			2024年									
		10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
①	外来患者数(延べ人数)													
	うち初診(延べ人数)													
	うち再診(延べ人数)													
②	①のうち公認心理師が関与した患者数(実人数)													
③	療養生活継続支援加算の算定数(実人数)													

※②の患者数については、包括的支援マネジメントの枠組みで公認心理師が多職種チームに参画し関与した患者数を記載のこと。ただし、療養生活継続支援加算の算定の有無は問わない。

(2) 個票

令和6年度障害者総合福祉推進事業「包括的支援マネジメントにおける多職種連携促進のための調査」

外来や地域における多職種でのケースマネジメントに関わる 公認心理師及び作業療法士の在り方に関する調査 【効果測定調査 個票5】

この個票は、公認心理師が包括的支援マネジメントの主担当又はチーム構成員として多職種チームに参画した事例について、診療情報を基に後方視的・定量的にお伺いするものです。

原則、公認心理師の方にご回答をお願いします。**事例1つにつき1シート**でご回答ください。

★回答方法	単一回答	…選択肢(四角枠)の右上にあるプルダウンから当てはまる回答の番号を一つお選びください。
	複数回答	…当てはまる選択肢について、プルダウンから「○」をお選びください。
	数値記入	…数値をご記入ください。
	自由記述	…文章をご記入ください。

I 公認心理師参画時点の患者情報

※以下の(1)～(12)については、特に断りがない限り、「公認心理師が多職種チームの一員(主担当・チーム構成員含む)として参画し支援を開始した時点」の事をご回答ください。

(1)患者年齢(数値記入)

() 歳

(2)患者性別(一つだけ選ぶ)

1 男性 2 女性 3 その他

(3)患者の精神障害者保健福祉手帳有無(一つだけ選ぶ)

1 持っている 2 持っていない

(4)生活保護の受給有無(一つだけ選ぶ)

1 生活保護世帯である 2 生活保護世帯ではない

(5)居住(一つだけ選ぶ)

1 共同生活援助(グループホーム)
2 入所施設
3 自宅(一人暮らし)
4 自宅(家族と同居)
5 その他

(6)主診断(一つだけ選ぶ)

1 F0:器質性精神障害
2 F1:精神作用物質使用
3 F2:統合失調症圏
4 F3:(F30/F31以外)気分障害
5 F30/F31:躁病:双極性障害
6 F4:神経症性障害圏
7 F5:生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群
8 F6:人格障害圏
9 F7:知的障害
10 F8:心理的発達の障害
11 F9:小児期・青年期に通常発生する行動・情緒の障害
12 G40:てんかん
13 その他 → ()

(7)重複診断(当てはまるものすべてに○)

1 物質関連障害
 2 知的障害
 3 発達障害
 4 認知症
 5 なし

(8) 患者の課題や問題(当てはまるもの3つまで○)

- 1 自殺関連行動や非自殺性の自傷行為に関連する問題
- 2 家族やパートナーに関連する問題
- 3 虐待とネグレクトに関連する問題
- 4 学校・教育や職業に関連する問題
- 5 住居や経済に関連する問題
- 6 性に関する悩みや問題
- 7 犯罪被害や訴訟、収監、刑務所からの出所等、犯罪や法制度に関連する問題
- 8 精神疾患によらない反社会的行動に関する問題
- 9 身体的疾患・障害に関連する心理的な問題
- 10 上記の中には特に当てはまるものはない

(9) 包括的支援マネジメント導入基準(当てはまるものすべてに○)

- 1 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある
- 2 自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)
- 3 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある
- 4 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある
- 5 自傷や自殺を企てたことがある
- 6 家族への暴力、暴言、拒絶がある
- 7 警察・保健所介入歴がある
- 8 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)
- 9 外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)
- 10 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない
- 11 直近の入院は措置入院である
- 12 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある
- 13 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている
- 14 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)
- 15 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)

(10) 参画時点でのCGI-S(重症度)(一つだけ選ぶ)

※実務上未評価の場合でも、当時のカルテ情報から、または現在から振り返って、推定でお答えください。

- 1 正常
- 2 精神疾患の境界線上
- 3 軽度の精神疾患
- 4 中等度の精神疾患
- 5 顕著な精神疾患
- 6 重度の精神疾患
- 7 非常に重度の精神疾患

(11) 療養生活継続支援加算の有無(一つだけ選ぶ)

- 1 あり
- 2 なし

(12) 精神科医療機関の初診時期(わかる範囲で、数値記入)

西暦()年 ()月

II 支援体制

(13) 公認心理師が多職種チームへ参画し支援を行った期間(数値記入)

開始: 西暦()年 ()月

- 終了:
- 1 現在も継続中
 - 2 終了済み

※「2終了済み」の場合は、下記へ終了年月を記入

西暦()年 ()月

※以降の設問は全て、特に断りがない限り(13)においてお答えいただいた期間のことについてご回答ください。

(14) 包括的支援マネジメントに参画した多職種チームの構成職種(医師を除く)(当てはまるものすべてに○)

- 1 看護師
- 2 保健師
- 3 精神保健福祉士
- 4 臨床心理士・公認心理師
- 5 作業療法士
- 6 薬剤師
- 7 その他 → ()

(15) 多職種協働の形式(当てはまるものすべてに○)

- 1 院内の多職種による情報共有
- 2 院内の多職種によるケア会議(家族参加)
- 3 院内の多職種によるケア会議(患者参加)
- 4 院内の多職種によるケア会議(患者・家族参加)
- 5 院内の多職種によるケア会議(患者・家族不参加)
- 6 院外機関も含めた多職種による情報共有
- 7 院外機関も含めた多職種によるケア会議(家族参加)
- 8 院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者参加)
- 9 院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者・家族参加)
- 10 院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者・家族不参加)
- 11 その他 → ()

Ⅲ ケースマネジメント

(16) 包括的支援マネジメントにおける公認心理師の位置づけ(一つだけ選ぶ)

- 1 主担当者
- 2 チーム構成員

(17) 公認心理師の多職種チームへの参画のタイミング(一つだけ選ぶ)

- 1 多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続
- 2 多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チーム支援の途中で参画を終了
- 3 多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続
- 4 多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続
- 5 多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チーム支援の途中で参画を終了
- 6 多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続

※(18)は、(17)で選択肢4～6の「途中から参画し、」を選択した場合のみご回答ください。

(18) 公認心理師参画時点において多職種チームで実施されていたケースマネジメントの内容(当てはまるものすべてに○)

- 1 参画職種の検討とチーム編成
- 2 アセスメントの実施
- 3 支援方針の検討・支援計画の作成
- 4 医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有
- 5 院外関係機関との連携・情報共有
- 6 ケア会議の実施
- 7 ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)
- 8 居住に関する支援
- 9 就労・就学(復職・復学)支援
- 10 診察同行・診察の促し・入退院の調整
- 11 服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)
- 12 家族支援
- 13 危機介入
- 14 その他① → ()
- 15 その他② → ()
- 16 その他③ → ()

(19) ケースマネジメントへの公認心理師の関与の程度

① 当該ケースにおける関与の実際(それぞれ一つ選択)

	それぞれ一つずつ選択 ↓
参画職種の検討とチーム編成	
アセスメントの実施	
支援方針の検討・共有や支援計画の作成	
医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	
院外関係機関との連携・情報共有	
ケア会議の実施	
ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	
居住に関する支援	
就労・就学(復職・復学)支援	
診察同行・診察の促し・入退院の調整	
服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	
家族支援	
危機介入	
その他① ()	
その他② ()	
その他③ ()	

② 当該ケースで公認心理師が中心的に遂行できると良い/良かった業務

※ 実際に中心的に遂行して良かった業務も含めて、中心的に遂行できると良い/良かった業務を全て回答してください。

(当てはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 参画職種の検討とチーム編成 |
| <input type="checkbox"/> | 2 アセスメントの実施 |
| <input type="checkbox"/> | 3 支援方針の検討・支援計画の作成 |
| <input type="checkbox"/> | 4 医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有 |
| <input type="checkbox"/> | 5 院外関係機関との連携・情報共有 |
| <input type="checkbox"/> | 6 ケア会議の実施 |
| <input type="checkbox"/> | 7 ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援) |
| <input type="checkbox"/> | 8 居住に関する支援 |
| <input type="checkbox"/> | 9 就労・就学(復職・復学)支援 |
| <input type="checkbox"/> | 10 診察同行・診察の促し・入退院の調整 |
| <input type="checkbox"/> | 11 服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む) |
| <input type="checkbox"/> | 12 家族支援 |
| <input type="checkbox"/> | 13 危機介入 |
| <input type="checkbox"/> | 14 その他① () |
| <input type="checkbox"/> | 15 その他② () |
| <input type="checkbox"/> | 16 その他③ () |

IV 公認心理師の直接支援詳細

(20) 多職種チーム参画期間を通じた心理支援の方法 (当てはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 心理検査の実施 |
| <input type="checkbox"/> | 2 外来での心理面接(個人) |
| <input type="checkbox"/> | 3 外来での心理支援(集団) |
| <input type="checkbox"/> | 4 外来での心理支援(家族) |
| <input type="checkbox"/> | 5 心理教育(疾病理解、クライシスプラン等) |
| <input type="checkbox"/> | 6 訪問(自宅、職場、日中活動場所等)での心理支援(個人) |
| <input type="checkbox"/> | 7 訪問での心理支援(家族) |
| <input type="checkbox"/> | 8 院外その他機関等への同行 |
| <input type="checkbox"/> | 9 他職種へのコンサルテーション |
| <input type="checkbox"/> | 10 その他 → () |
| <input type="checkbox"/> | 11 実施していない |

(21)心理支援の頻度(对患者) ※下記の各期間における最大値(それぞれ一つ選択)

	それぞれ一つずつ選択↓
① 多職種チーム参画時点～3カ月時点	
② 3カ月時点～6カ月時点	
③ 6カ月時点～9カ月時点	
④ 9カ月時点～1年時点	

(22)心理支援1回当たりの時間(对患者) ※下記の各期間における最大値(それぞれ一つ選択)

	それぞれ一つずつ選択↓
① 多職種チーム参画時点～3カ月時点	
② 3カ月時点～6カ月時点	
③ 6カ月時点～9カ月時点	
④ 9カ月時点～1年時点	

V 患者への直接効果

(23)GAF ※各時点において、1～100点の間で記載(数値記入)

	多職種チーム参画時点	6カ月後時点	1年後時点
GAF	点	点	点

(24)CGI-I(多職種チーム参画開始時点と比較した改善度)(一つだけ選ぶ)

※(10)のCGI-Sが推定の場合も、改善度を振り返ってお答えください。

	それぞれ一つずつ選択↓
① 6カ月後時点	
② 1年後時点	

(25)予約外受診の回数(一つだけ選ぶ)

	それぞれ一つずつ選択↓
① 多職種チーム参画3か月前～参画時点	
② 参画9カ月後時点～1年後時点	

(26)公認心理師の参画前後1年間における入院の状況

①入院の有無(一つだけ選ぶ)

1 入院あり	2 入院なし	3 わからない	
--------	--------	---------	--

②入院期間(数値記入)

①で「1入院あり」の場合は、いつからいつまで入院していたかわかる範囲で入力ください。

※公認心理師が多職種チームに参画した時点で入院していた事例は調査対象外です(除外基準)。

※公認心理師が多職種チームに参画して1年後時点で入院していた事例も調査対象外です(除外基準)。

※参画1年前時点で既に入院していた場合は、その入院が始まった年月をお書きください。

参画”前”1年間								
①	年	月	日	～	年	月	日	
②	年	月	日	～	年	月	日	
③	年	月	日	～	年	月	日	
④	年	月	日	～	年	月	日	
⑤	年	月	日	～	年	月	日	

参画”後”1年間								
①	年	月	日	～	年	月	日	
②	年	月	日	～	年	月	日	
③	年	月	日	～	年	月	日	
④	年	月	日	～	年	月	日	
⑤	年	月	日	～	年	月	日	

(27) 公認心理師の多職種チーム参画による患者への効果(主なものを3つまで自由記述)

a	
b	
c	

VI 公認心理師参画後1年時点での転帰

(28) 公認心理師の多職種チーム参画から1年後時点での包括的支援マネジメントの実施状況(一つだけ選ぶ)

1 継続	<input type="checkbox"/>
2 終了	
3 中断	

(29) (28)で「2終了」「3中断」の理由(一つだけ選ぶ)

1 入院	<input type="checkbox"/>
2 転院	
3 本人や家族の拒否	
4 死亡	
5 包括的支援マネジメントの目的達成	
6 その他	

(3) 他職種票

令和6年度障害者総合福祉推進事業「包括的支援マネジメントにおける多職種連携促進のための調査」

この他職種票は、包括的支援マネジメントにおいて、多職種チームの一員として**公認心理師**と協働した経験がある他職種の方に回答をお願いするものです。ヒアリング調査に同席いただいた他職種の方に限らず、協働経験のある、なるべく多くの他職種の方々にご協力をお願いいたします。他職種の方1名につき1票のご回答をお願いします。

- ★回答方法
- | | |
|------|---|
| 単一回答 | …選択肢(四角枠)の右上にあるプルダウンから当てはまる回答の番号を一つお選びください。 |
| 複数回答 | …当てはまる選択肢について、プルダウンから「○」をお選びください。 |
| 数値記入 | …数値をご記入ください。 |
| 自由記述 | …文章をご記入ください。 |

I 公認心理師の包括的支援マネジメント参画に対する他職種の評価

(1) 回答職種(一つだけ選ぶ)

1 医師	<input type="checkbox"/>
2 看護師	<input type="checkbox"/>
3 保健師	<input type="checkbox"/>
4 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/>
5 薬剤師	<input type="checkbox"/>
6 その他 → (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>

(2) 包括的支援マネジメントの各業務を公認心理師が実施することに対する他職種の評価(それぞれ一つ選択)

① 下記の各業務において公認心理師が中心的な役割を担う場合の評価

	それぞれ一つずつ選択↓
参画職種の検討とチーム編成	<input type="checkbox"/>
アセスメントの実施	<input type="checkbox"/>
支援方針の検討・支援計画の作成	<input type="checkbox"/>
医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	<input type="checkbox"/>
院外関係機関との連携・情報共有	<input type="checkbox"/>
ケア会議の実施	<input type="checkbox"/>
ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	<input type="checkbox"/>
居住に関する支援	<input type="checkbox"/>
就労・就学(復職・復学)支援	<input type="checkbox"/>
診察同行・診察の促し・入退院の調整	<input type="checkbox"/>
服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	<input type="checkbox"/>
家族支援	<input type="checkbox"/>
危機介入	<input type="checkbox"/>
その他 → (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
その他 → (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
その他 → (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>

② 下記の各業務において公認心理師がチーム構成員として関与する場合の評価

	それぞれ一つずつ選択↓
参画職種の検討とチーム編成	<input type="checkbox"/>
アセスメントの実施	<input type="checkbox"/>
支援方針の検討・支援計画の作成	<input type="checkbox"/>
医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	<input type="checkbox"/>
院外関係機関との連携・情報共有	<input type="checkbox"/>
ケア会議の実施	<input type="checkbox"/>
ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	<input type="checkbox"/>
居住に関する支援	<input type="checkbox"/>
就労・就学(復職・復学)支援	<input type="checkbox"/>
診察同行・診察の促し・入退院の調整	<input type="checkbox"/>
服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	<input type="checkbox"/>
家族支援	<input type="checkbox"/>
危機介入	<input type="checkbox"/>
その他 → (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
その他 → (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
その他 → (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>

(3) 公認心理師の包括的支援マネジメントへの参画をもたらす好影響(①②それぞれについて、主なものを3つまで自由記述)

① 他職種の目から見た、公認心理師の参画による患者への好影響・効果

a	<input type="text"/>
b	<input type="text"/>
c	<input type="text"/>

② 公認心理師の参画が、他職種や多職種チームにもたらす好影響・効果

a	<input type="text"/>
b	<input type="text"/>
c	<input type="text"/>

3 アンケート調査票(作業療法士向け)

(1) 施設票

令和6年度障害者総合福祉推進事業「包括的支援マネジメントにおける多職種連携促進のための調査」

この施設票は、貴医療機関の概要と患者数の動向についてお伺いするものです。
 作業療法士の方にご回答をお願いしておりますが、他職種や事務系職種の方にご協力・ご回答いただいても結構です。
 特に断りがない場合を除き、**2024年9月末時点**の状況をご回答ください。

- ★回答方法
- | | |
|------|---|
| 単一回答 | …選択肢(四角枠)の右上にあるプルダウンから当てはまる回答の番号を一つお選びください。 |
| 複数回答 | …当てはまる選択肢について、プルダウンから「○」をお選びください。 |
| 数値記入 | …数値をご記入ください。 |
| 自由記述 | …文章をご記入ください。 |

I 施設概要

(1) 機関種別(一つだけ選ぶ)

1 総合病院 ※1	<input type="text"/>
2 精神科病院 ※2	
3 診療所(クリニック)	

※1 総合病院:精神科を有する一般病院や特定機能病院

※2 精神科病院:精神病床のみを有する病院。精神科のほか、内科等一般科を標榜する場合も含む

(2) 貴医療機関の法人・法人グループが行っている事業・部門(当てはまるものすべてに○)

【①医療】	【②福祉】
<input type="checkbox"/> 1 地域連携室・医療福祉相談室等	<input type="checkbox"/> 1 計画相談支援
<input type="checkbox"/> 2 心理療法科・臨床心理室	<input type="checkbox"/> 2 地域移行支援
<input type="checkbox"/> 3 作業療法科・精神科リハビリ室	<input type="checkbox"/> 3 地域定着支援
<input type="checkbox"/> 4 精神科デイケア	<input type="checkbox"/> 4 市町村等による委託相談
<input type="checkbox"/> 5 医療機関内の訪問看護部門	<input type="checkbox"/> 5 就労継続支援A型・B型
<input type="checkbox"/> 6 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 6 就労移行支援
<input type="checkbox"/> 7 精神科のサテライトクリニック	<input type="checkbox"/> 7 生活介護
<input type="checkbox"/> 8 精神科以外	<input type="checkbox"/> 8 共同生活援助(グループホーム)
<input type="checkbox"/> 9 その他	<input type="checkbox"/> 9 自立生活援助
	<input type="checkbox"/> 10 居宅介護
	<input type="checkbox"/> 11 自立訓練(生活訓練)宿泊型
	<input type="checkbox"/> 12 自立訓練(生活訓練)通所型
	<input type="checkbox"/> 13 地域活動支援センター
	<input type="checkbox"/> 14 その他

(3) 地域連携・多機関連携の担当部署(当てはまるものすべてに○)

<input type="checkbox"/> 1 精神科外来	
<input type="checkbox"/> 2 地域連携室・医療福祉相談室等	
<input type="checkbox"/> 3 心理療法科・臨床心理室	
<input type="checkbox"/> 4 作業療法科・精神科リハビリ室	
<input type="checkbox"/> 5 精神科デイケア	
<input type="checkbox"/> 6 医療機関内の訪問看護部門	
<input type="checkbox"/> 7 訪問看護ステーション	
<input type="checkbox"/> 8 その他(下記に記入)	<input type="text"/>

(4) 病床数(①と②それぞれ一つだけ選ぶ。「1あり」の場合は数値記入)

①一般病床	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(<input type="text"/>) 床</td> <td></td> </tr> </table>	1 あり	2 なし	↓		(<input type="text"/>) 床		<input type="text"/>
1 あり	2 なし							
↓								
(<input type="text"/>) 床								
②精神科病床	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(<input type="text"/>) 床</td> <td></td> </tr> </table>	1 あり	2 なし	↓		(<input type="text"/>) 床		<input type="text"/>
1 あり	2 なし							
↓								
(<input type="text"/>) 床								

(5)職員数(数値記入)

※資格保持者ではなく、各職種として業務に当たっている方の実人数をお答えください。

※医療機関全体の職員数ではなく、精神科に関わる各職種の人数をお答えください。

看護師	常勤	()	人	非常勤	()	人
精神保健福祉士	常勤	()	人	非常勤	()	人
公認心理師	常勤	()	人	非常勤	()	人
作業療法士	常勤	()	人	非常勤	()	人

II 外来・地域支援患者の概要

(6)患者数の動向(数値記入)

		2023年			2024年									
		10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
①	外来患者数(延べ人数)													
	うち初診(延べ人数)													
	うち再診(延べ人数)													
②	作業療法士が関与した外来患者数(実人数)													
③	療養生活継続支援加算の算定数(実人数)													

※②の患者数については、包括的支援マネジメントの枠組みで作業療法士が多職種チームに参画し関与した患者数を記載のこと。ただし、療養生活継続支援加算の算定の有無は問わない。

(2) 個票

令和6年度障害者総合福祉推進事業「包括的支援マネジメントにおける多職種連携促進のための調査」

外来や地域における多職種でのケースマネジメントに関わる 公認心理師及び作業療法士の在り方に関する調査 【効果測定調査 個票1】

この個票は、作業療法士が包括的支援マネジメントの主担当又はチーム構成員として多職種チームに参画した事例について、診療情報を基に後方視的・定量的にお伺いするものです。

原則、作業療法士の方にご回答をお願いします。**事例1つにつき1シート**でご回答ください。

★回答方法	単一回答	…選択肢(四角枠)の右上にあるプルダウンから当てはまる回答の番号を一つお選びください。
	複数回答	…当てはまる選択肢について、プルダウンから「○」をお選びください。
	数値記入	…数値をご記入ください。
	自由記述	…文章をご記入ください。

I 作業療法士参画時点の患者情報

※以下の(1)～(12)については、**特に断りがない限り、”作業療法士が多職種チームの一員(主担当・チーム構成員含む)として参画し支援を開始した時点”**の事をご回答ください。

(1)患者年齢(数値記入)

() 歳

(2)患者性別(一つだけ選ぶ)

1 男性 2 女性 3 その他

(3)患者の精神障害者保健福祉手帳有無(一つだけ選ぶ)

1 持っている 2 持っていない

(4)生活保護の受給有無(一つだけ選ぶ)

1 生活保護世帯である 2 生活保護世帯ではない

(5)居住(一つだけ選ぶ)

1 共同生活援助(グループホーム)
2 入所施設
3 自宅(一人暮らし)
4 自宅(家族と同居)
5 その他

(6)主診断(一つだけ選ぶ)

1 F0:器質性精神障害
2 F1:精神作用物質使用
3 F2:統合失調症圏
4 F3:(F30/F31以外)気分障害
5 F30/F31:躁病:双極性障害
6 F4:神経症性障害圏
7 F5:生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群
8 F6:人格障害圏
9 F7:知的障害
10 F8:心理的発達の障害
11 F9:小児期・青年期に通常発生する行動・情緒の障害
12 G40:てんかん
13 その他 → ()

(7)重複診断(当てはまるものすべてに○)

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 1 物質関連障害 |
| <input type="checkbox"/> | 2 知的障害 |
| <input type="checkbox"/> | 3 発達障害 |
| <input type="checkbox"/> | 4 認知症 |
| <input type="checkbox"/> | 5 なし |

(8) 患者の課題や問題(当てはまるもの3つまで○)

- 1 自殺関連行動や非自殺性の自傷行為に関連する問題
- 2 家族やパートナーに関連する問題
- 3 虐待とネグレクトに関連する問題
- 4 学校・教育や職業に関連する問題
- 5 住居や経済に関連する問題
- 6 性に関する悩みや問題
- 7 犯罪被害や訴訟、収監、刑務所からの出所等、犯罪や法制度に関連する問題
- 8 精神疾患によらない反社会的行動に関する問題
- 9 身体的疾患・障害に関連する心理的な問題
- 10 上記の中には特に当てはまるものはない

(9) 包括的支援マネジメント導入基準(当てはまるものすべてに○)

- 1 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある
- 2 自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)
- 3 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある
- 4 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある
- 5 自傷や自殺を企てたことがある
- 6 家族への暴力、暴言、拒絶がある
- 7 警察・保健所介入歴がある
- 8 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)
- 9 外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)
- 10 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない
- 11 直近の入院は措置入院である
- 12 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある
- 13 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている
- 14 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)
- 15 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)

(10) 参画時点でのCGI-S(重症度)(一つだけ選ぶ)

※実務上未評価の場合でも、当時のカルテ情報から、または現在から振り返って、推定でお答えください。

- 1 正常
- 2 精神疾患の境界線上
- 3 軽度の精神疾患
- 4 中等度の精神疾患
- 5 顕著な精神疾患
- 6 重度の精神疾患
- 7 非常に重度の精神疾患

(11) 療養生活継続支援加算の有無(一つだけ選ぶ)

- 1 あり
- 2 なし

(12) 精神科医療機関の初診時期(わかる範囲で、数値記入)

西暦()年 ()月

II 支援体制

(13) 作業療法士が多職種チームへ参画し支援を行った期間(数値記入)

開始: 西暦()年 ()月

- 終了:
- 1 現在も継続中
 - 2 終了済み

※「2終了済み」の場合は、下記へ終了年月を記入
西暦()年 ()月

※以降の設問は全て、特に断りがない限り(13)においてお答えいただいた期間のことについてご回答ください。

(14) 包括的支援マネジメントに参画した多職種チームの構成職種(医師を除く)(当てはまるものすべてに○)

- 1 看護師
- 2 保健師
- 3 精神保健福祉士
- 4 臨床心理士・公認心理師
- 5 作業療法士
- 6 薬剤師
- 7 その他 → ()

(15) 多職種協働の形式(当てはまるものすべてに○)

- 1 院内の多職種による情報共有
- 2 院内の多職種によるケア会議(家族参加)
- 3 院内の多職種によるケア会議(患者参加)
- 4 院内の多職種によるケア会議(患者・家族参加)
- 5 院内の多職種によるケア会議(患者・家族不参加)
- 6 院外機関も含めた多職種による情報共有
- 7 院外機関も含めた多職種によるケア会議(家族参加)
- 8 院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者参加)
- 9 院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者・家族参加)
- 10 院外機関も含めた多職種によるケア会議(患者・家族不参加)
- 11 その他 → ()

Ⅲ ケースマネジメント

(16) 包括的支援マネジメントにおける作業療法士の位置づけ(一つだけ選ぶ)

- 1 主担当者
- 2 チーム構成員

(17) 作業療法士の多職種チームへの参画のタイミング(一つだけ選ぶ)

- 1 多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続
- 2 多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チーム支援の途中で参画を終了
- 3 多職種チームでの支援を始めた当初から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続
- 4 多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援が終了するまで(又は現在まで)参画を継続
- 5 多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チーム支援の途中で参画を終了
- 6 多職種チームでの支援開始後、途中から参画し、多職種チームでの支援終了後も支援を継続

※(18)は、(17)で選択肢4～6の「途中から参画し、」を選択した場合のみご回答ください。

(18) 作業療法士参画時点において多職種チームで実施されていたケースマネジメントの内容(当てはまるものすべてに○)

- 1 参画職種の検討とチーム編成
- 2 アセスメントの実施
- 3 支援方針の検討・支援計画の作成
- 4 医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有
- 5 院外関係機関との連携・情報共有
- 6 ケア会議の実施
- 7 ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)
- 8 居住に関する支援
- 9 就労・就学(復職・復学)支援
- 10 診察同行・診察の促し・入退院の調整
- 11 服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)
- 12 家族支援
- 13 危機介入
- 14 その他① → ()
- 15 その他② → ()
- 16 その他③ → ()

(19) ケースマネジメントへの作業療法士の関与の程度

① 当該ケースにおける関与の実際(それぞれ一つ選択)

	それぞれ一つずつ選択↓
参画職種の検討とチーム編成	
アセスメントの実施	
支援方針の検討・共有や支援計画の作成	
医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	
院外関係機関との連携・情報共有	
ケア会議の実施	
ご本人の生活を支える直接支援 (家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	
居住に関する支援	
就労・就学(復職・復学)支援	
診察同行・診察の促し・入退院の調整	
服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	
家族支援	
危機介入	
その他① ()	
その他② ()	
その他③ ()	

② 当該ケースで作業療法士が中心的に遂行できると良い／良かった業務

※実際に中心的に遂行して良かった業務も含めて、中心的に遂行できると良い／良かった業務を全て回答してください。

(当てはまるものすべてに○)

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 参画職種の検討とチーム編成 | |
| <input type="checkbox"/> | 2 アセスメントの実施 | |
| <input type="checkbox"/> | 3 支援方針の検討・支援計画の作成 | |
| <input type="checkbox"/> | 4 医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有 | |
| <input type="checkbox"/> | 5 院外関係機関との連携・情報共有 | |
| <input type="checkbox"/> | 6 ケア会議の実施 | |
| <input type="checkbox"/> | 7 ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援) | |
| <input type="checkbox"/> | 8 居住に関する支援 | |
| <input type="checkbox"/> | 9 就労・就学(復職・復学)支援 | |
| <input type="checkbox"/> | 10 診察同行・診察の促し・入退院の調整 | |
| <input type="checkbox"/> | 11 服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む) | |
| <input type="checkbox"/> | 12 家族支援 | |
| <input type="checkbox"/> | 13 危機介入 | |
| <input type="checkbox"/> | 14 その他① () | |
| <input type="checkbox"/> | 15 その他② () | |
| <input type="checkbox"/> | 16 その他③ () | |

IV 作業療法士の直接支援詳細

(20) 多職種チーム参画期間を通じた作業療法の方法(当てはまるものすべてに○)

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 外来での個別OT | |
| <input type="checkbox"/> | 2 外来での集団OT | |
| <input type="checkbox"/> | 3 心理教育(疾病理解、クライシスプラン等) | |
| <input type="checkbox"/> | 4 訪問(自宅、職場、日中活動場所等)での支援 | |
| <input type="checkbox"/> | 5 院外の他機関等への同行 | |
| <input type="checkbox"/> | 6 その他 → () | |
| <input type="checkbox"/> | 7 実施していない | |

(21)作業療法の実施頻度(对患者) ※下記の各期間における最大値(それぞれ一つ選択)

	それぞれ一つずつ選択↓
① 多職種チーム参画時点～3カ月時点	
② 3カ月時点～6カ月時点	
③ 6カ月時点～9カ月時点	
④ 9カ月時点～1年時点	

(22)作業療法1回当たりの時間(对患者) ※下記の各期間における最大値(それぞれ一つ選択)

	それぞれ一つずつ選択↓
① 多職種チーム参画時点～3カ月時点	
② 3カ月時点～6カ月時点	
③ 6カ月時点～9カ月時点	
④ 9カ月時点～1年時点	

V 患者への直接効果

(23)GAF ※各時点において、1～100点の間で記載(数値記入)

	多職種チーム参画時点	6カ月後時点	1年後時点
GAF	点	点	点

(24)CGI-I(多職種チーム参画開始時点と比較した改善度)(一つだけ選ぶ)

※(10)のCGI-Sが推定の場合も、改善度を振り返ってお答えください。

	それぞれ一つずつ選択↓
① 6カ月後時点	
② 1年後時点	

(25)予約外受診の回数(一つだけ選ぶ)

	それぞれ一つずつ選択↓
① 多職種チーム参画3か月前～参画時点	
② 参画9カ月後時点～1年後時点	

(26)作業療法士の参画前後1年間における入院の状況

①入院の有無(一つだけ選ぶ)

1 入院あり	2 入院なし	3 わからない	
--------	--------	---------	--

②入院期間(数値記入)

①で「1入院あり」の場合は、いつからいつまで入院していたかわかる範囲で入力ください。

※作業療法士が多職種チームに参画した時点で入院していた事例は調査対象外です(除外基準)。

※作業療法士が多職種チームに参画して1年後時点で入院していた事例も調査対象外です(除外基準)。

※参画1年前時点で既に入院していた場合は、その入院が始まった年月をお書きください。

参画”前”1年間								
①	年	月	日	～	年	月	日	
②	年	月	日	～	年	月	日	
③	年	月	日	～	年	月	日	
④	年	月	日	～	年	月	日	
⑤	年	月	日	～	年	月	日	

参画”後”1年間								
①	年	月	日	～	年	月	日	
②	年	月	日	～	年	月	日	
③	年	月	日	～	年	月	日	
④	年	月	日	～	年	月	日	
⑤	年	月	日	～	年	月	日	

(27)作業療法士の多職種チーム参画による患者への効果(主なものを3つまで自由記述)

a	
b	
c	

VI 作業療法士参画後1年時点での転帰

(28)作業療法士の多職種チーム参画から1年後時点での包括的支援マネジメントの実施状況(一つだけ選ぶ)

1 継続	<input type="checkbox"/>
2 終了	
3 中断	

(29) (28)で「2終了」「3中断」の理由(一つだけ選ぶ)

1 入院	<input type="checkbox"/>
2 転院	
3 本人や家族の拒否	
4 死亡	
5 包括的支援マネジメントの目的達成	
6 その他	

(3) 他職種票

令和6年度障害者総合福祉推進事業「包括的支援マネジメントにおける多職種連携促進のための調査」

この他職種票は、包括的支援マネジメントにおいて、多職種チームの一員として**作業療法士**と協働した経験がある他職種の方に回答をお願いするものです。ヒアリング調査に同席いただいた他職種の方に限らず、協働経験のある、なるべく多くの他職種の方々にご協力をお願いいたします。他職種の方1名につき1票のご回答をお願いします。

- ★回答方法
- | | |
|------|---|
| 単一回答 | …選択肢(四角枠)の右上にあるプルダウンから当てはまる回答の番号を一つお選びください。 |
| 複数回答 | …当てはまる選択肢について、プルダウンから「○」をお選びください。 |
| 数値記入 | …数値をご記入ください。 |
| 自由記述 | …文章をご記入ください。 |

I 作業療法士の包括的支援マネジメント参画に対する他職種の評価

(1) 回答職種(一つだけ選ぶ)

1 医師	
2 看護師	
3 保健師	
4 精神保健福祉士	
5 薬剤師	
6 その他 → ()	

(2) 包括的支援マネジメントの各業務を作業療法士が実施することに対する他職種の評価(それぞれ一つ選択)

① 下記の各業務において作業療法士が中心的な役割を担う場合の評価

	それぞれ一つずつ選択↓
参画職種の検討とチーム編成	
アセスメントの実施	
支援方針の検討・支援計画の作成	
医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	
院外関係機関との連携・情報共有	
ケア会議の実施	
ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	
居住に関する支援	
就労・就学(復職・復学)支援	
診察同行・診察の促し・入退院の調整	
服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	
家族支援	
危機介入	
その他 → ()	
その他 → ()	
その他 → ()	

② 下記の各業務において作業療法士がチーム構成員として関与する場合の評価

	それぞれ一つずつ選択↓
参画職種の検討とチーム編成	
アセスメントの実施	
支援方針の検討・支援計画の作成	
医療機関内の他部署・他職種との連携・情報共有	
院外関係機関との連携・情報共有	
ケア会議の実施	
ご本人の生活を支える直接支援(家事、人間関係の調整、その他の社会生活の支援)	
居住に関する支援	
就労・就学(復職・復学)支援	
診察同行・診察の促し・入退院の調整	
服薬・症状の自己管理の援助(身体疾患も含む)	
家族支援	
危機介入	
その他 → ()	
その他 → ()	
その他 → ()	

(3) 作業療法士の包括的支援マネジメントへの参画をもたらす好影響(①②それぞれについて、主なものを3つまで自由記述)

① 他職種の目から見た、作業療法士の参画による患者への好影響・効果

a	
b	
c	

② 作業療法士の参画が、他職種や多職種チームにもたらす好影響・効果

a	
b	
c	

厚生労働省 令和6年度 障害者総合福祉推進事業

包括的支援マネジメントにおける多職種連携促進のための調査
調査結果報告書

令和7年3月 発行

調査実施主体 株式会社浜銀総合研究所

〒220-8616 神奈川県横浜市西区みなとみらい 3-1-1 横浜銀行本店ビル

TEL:045-225-2372 FAX:045-225-2197

ホームページアドレス:<https://www.yokohama-ri.co.jp/index.html>